CINQUIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS

DES

Médecins Aliénistes et Neurologistes

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CINQUIÈME SESSION

Tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR PIERRET

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DU BUREAU

PAR

M. LE Dr F. DEVAY

Secrétaire des Séances

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1895

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

De France et des Pays de Langue française

LISTE DES CONGRESSISTES

1. Dr J. Babinski, médecin des hôpitaux. Paris.
2. Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Paris.
3. Balleuil (Henri), directeur du service pénitentiaire à Rouen.
4. Dr Bargy, médecin résidant à l'asile de la Cellette. (Corrèze).
5. Dr Bonhomme, médecin de l'asile de Mont-Redon. Le Puy.
6. Dr Bonnet, médecin de l'asile Saint-Robert. Isère.
7. Dr Bouchard, de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine. Paris.
8. Dr Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne. Paris.
9. Dr Bourneville, médecin de la Salpêtrière. Paris.
10. Dr Auguste Brachet, lauréat de l'Institut. Paris.
11. Dr J. Bret, chef de clinique à la Faculté de médecine. Lyon.
12. Dr Brissaud, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine. Paris.
13. Dr Camuset, directeur médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

14. Dr A. Carrier, médecin des hôpitaux. Lyon.
15. Dr Charpentier, médecin de Bicêtre. Paris.
16. Dr Christian, médecin en chef à la maison nationale de Charenton (Seine).
17. Dr A. Cullère, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés. La Roche-sur-Yon (Vendée).
18. Dr Deny, médecin de Bicêtre. Paris.
19. Dr Déricq, médecin adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne).
20. Dr Deschamps, conseiller général. Paris.
21. Dr Devay, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine. Lyon.
22. Dr Devic, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux. Lyon.
23. Dr A. Dorel, direct, de l'Etablissement hydrothérapique. Brioude.
24. Dr Doutrebente, directeur médecin de l'Asile d'aliénés. Blois.
25. Dr Falret, médecin de la Salpêtrière. Paris.
26. Dr M. de Fleury, publiciste, ancien interne des hôpitaux. Paris.
27. Dr Fouriaux, médecin adjoint de l'asile Sainte-Marie, professeur à l'Ecole de médecine. Clermont-Ferrand.
28. Dr P. Fouriaux, chef de clinique à l'Ecole de médecine. Clermont-Ferrand.
29. Dr Fournial, chef de clinique à l'Ecole de médecine. Clermont-Ferrand.
30. Dr Gallopain, médecin directeur de l'asile de Fains (Meuse).
31. Dr S. Garnier, directeur-médecin en chef de l'Asile d'aliénés. Dijon.
32. Dr Gautrez, directeur de l'Ecole d'accouchement. Clermont-Ferrand.
33. Dr Gérard. Issoire (Puy-de-Dôme).
34. Dr Giraud, directeur médecin de l'asile de Saint-Yon. Rouen.
35. Dr Hallion, préparateur au collège de France (physiologie). Paris.
36. Dr Hamel, directeur de l'asile de Dôle (Jura).

37. Dr H. HANNION, ancien interne des asiles de la Seine. Reims.
38. Dr HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie. Clermont-Ferrand.
39. Dr JOFFROY, professeur de clinique des maladies mentales, à la Faculté de médecine. Paris.
40. Dr M. KLIPPEL, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. Paris.
41. Dr LADAME, privat-docent. Genève.
42. Dr H. LAMY. Paris.
43. Dr LANNOIS, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Lyon.
44. Dr LAUSSEDAT. Royat-les-Bains.
45. Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'asile Ville-Evrard. Paris.
46. Dr LÉOTY. Clermont-Ferrand.
47. Dr LEVILLAIN, médecin consultant. Nice et Royat.
48. Dr P. LONDE, ancien interne de la clinique des maladies nerveuses. Paris.
49. Dr LONGY, médecin en chef de l'asile de la Cellette (Corrèze).
50. Dr MABILLE, directeur-médecin de l'asile de Lafond. La Rochelle.
51. Dr MAIRET, professeur à la Faculté de médecine. Montpellier.
52. Dr MAGNAN, médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne. Paris.
53. Dr A. MARIE, médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
54. Dr P. MARIE, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Paris.
55. Dr MAURIN, chef de clinique à l'Ecole de médecine. Clermont-Ferrand.
56. Dr H. MEIGE, médecin de la Salpêtrière. Paris.
57. Dr MEILHON, médecin de l'Asile d'aliénés. Montauban.
58. Dr M. MENDELSSOHN, agrégé de l'Université, médecin de l'ambassade de France, à Saint-Pétersbourg (Russie).
59. Dr MEURIOT, Paris-Passy.
60. Dr MOLLET. Paris.

61. Dr Charles NOLÉ, directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine. Moulins.
62. Dr S. PACTET, chef de clinique à la Faculté de médecine. Paris.
63. Dr PARANT, directeur médecin de la maison de santé. Toulouse.
64. Dr Al. PETIT, médecin consultant. Royat-les-Bains.
65. Dr PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse).
66 Dr PIERRET, médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Bron, professeur de clinique des maladies mentales. Lyon.
67. Dr E. PILLEYRE, directeur médecin de l'asile de Prémontré (Aisne).
68. Dr PITRES, doyen de la Faculté de médecine. Bordeaux.
69. Dr POMMEROL, conseiller général. Gerzat (Puy-de-Dôme).
70. Dr F. RAYMOND, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Salpêtrière. Paris.
71. Dr RAYNEAU, médecin en chef des hospices. Orléans.
72. Dr E. RÉGIS, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine. Bordeaux.
73. Dr RENAUT, professeur à la Faculté de médecine. Lyon.
74. Dr A. RITTI, médecin en chef à la Maison nationale de Charenton. Saint-Maurice (Seine).
75. Dr ROUBY, directeur de la maison de santé de Dôle (Jura).
76. Dr ROUSSET, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bron. Lyon.
77. Abbé SAULZE, supérieur général de la congrégation Sainte-Marie. Clermont-Ferrand.
78. Dr J. SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière. Paris.
79. Dr R. SEMELAIGNE, directeur médecin de la Maison de santé de Neuilly.
80. Dr P. SÉRIEUX, médecin adjoint à l'asile de Villejuif (Seine).
81. Dr SOUQUET. Paris.
82. Dr TATY, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. Chessy (Rhône).
83. Dr J. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Lyon.

84. Dr S. Vallée, médecin en chef à l'Asile d'aliénés. Québec (Canada).
85. Dr C. Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif. (Seine).
86. Dr E. Verrier, ancien préparateur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Institut hydrothérapique. Paris.
87. Dr A. Vigouroux, médecin adjoint à l'Asile d'aliénés. Evreux.
88. Dr A. Voisin, médecin de la Salpêtrière. Paris.
89. Dr A. Widener, directeur de la métairie de Nyon. (Suisse).

RÈGLEMENT

Article premier. — Un Congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer, non seulement les médecins français, mais aussi les médecins des pays de langue française.

La durée du Congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le président du Bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on procèdera à la nomination d'un nouveau président, de vice-présidents en nombre indéterminé, d'un secrétaire-général et de secrétaires des séances.

On nommera également des présidents d'honneur.

Art. 4. — Le Bureau nommé a la direction du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 5.—Les membres adhérents Français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

SÉANCE D'OUVERTURE

LUNDI 6 AOÛT

Le Congrès s'est ouvert le 6 août, à huit heures du matin, dans la salle du Conseil municipal, à l'Hôtel de Ville, devant un auditoire d'élite et les représentants de la Presse. Ont pris place, sur l'estrade, M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme ; M. Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand : M. le docteur Micé, recteur de l'Académie ; M. le docteur Pierret, de Lyon, président du Congrès.

M. le Préfet du Puy-de-Dôme ouvre la séance en prononçant le discours suivant :

Monsieur le Président,
Messieurs,

Permettez-moi d'abord de remercier l'organisateur de votre Congrès, qui m'a permis, en m'offrant la présidence d'honneur, d'être le premier à vous souhaiter la bienvenue dans le département du Puy-de-Dôme et dans la ville de Clermont-Ferrand où vous voulez bien tenir, en 1894, vos assises scientifiques et en même temps proposer et discuter les améliorations ou réformes à apporter dans les traitements d'une catégorie de malades très intéressants à tous les points de vue et notamment au point de vue social.

Je ne crois pas, en effet, commettre une erreur, en pensant que le but de vos congrès annuels n'est pas seulement de constater, d'analyser, de soumettre à vos savants collègues les cas les plus intéressants, les phénomènes les plus dignes d'attirer votre légitime curiosité de médecins, mais aussi de discuter les procédés les plus pratiques de guérison, ou tout au moins de soulagement, d'étudier les moyens de prévenir ou d'enrayer l'accroissement des maladies mentales, de provoquer dans tous

les asiles les installations les meilleures, les plus conformes à une hygiène raisonnée et scientifique, d'exiger de ceux qui sont chargés d'être leurs gardiens, la plus grande propreté, la plus indiscutable salubrité dans les divers quartiers, la séparation absolue des différentes catégories de malades, l'application des procédés les plus doux. Les traitements rigoureux ne sont ils pas quelquefois inutiles, sinon nuisibles ?

A ces malades qui, malgré leur folie, souvent intermittente et non dangereuse, restent des hommes, vous vous êtes certainement préoccupés de donner la plus grande indépendance morale et matérielle, indépendance compatible avec l'ordre nécessaire dans ces vastes agglomérations.

Je me figure que le travail, la douceur, une certaine liberté doivent améliorer l'état de certains pensionnaires plus facilement que des médicaments, et que les guérisons doivent être beaucoup plus nombreuses en traitant vos malades, non comme des prisonniers, ainsi que, dit-on, cela se pratiquait autrefois, mais suivant votre habitude, comme des citoyens à qui la société est obligée, dans l'intérêt commun d'enlever une partie de leur liberté, sans oublier que cette dure nécessité ne doit s'exercer que si elle s'impose absolument pour la santé du malade et la sécurité de ses compagnons.

Imbu de ces idées, j'avais fait à mon arrivée dans ce département, un rêve que je n'ai pu réaliser.

Le voici en quelques mots :

Grâce à la libéralité, à l'esprit d'initiative d'un de vos confrères, disparu depuis un an environ, Clermont-Ferrand possède depuis trois ans une maternité modèle.

Grâce à la sage et prudente administration du Conseil général, cette assemblée a pu, depuis deux ans, offrir aux baigneurs du Mont-Dore un établissement thermal modèle, dont l'installation comme luxe, confortable, commodité, goût artistique est au moins égal sinon supérieur à ce que vous avez pu voir en France et à l'étranger.

Aussi bien, sans vouloir médire des établissements de Clermont ou des environs qui font peut-être tout leur possible avec leurs ressources, j'avais cru qu'un asile départemental d'aliénés *modèle* aurait, dans ce pays, les plus grandes chances de succès.

L'Auvergne est réputée pour la pureté, comme pour la salubrité de l'air qu'on y respire. Les eaux y sont aussi variées qu'abondantes et toutes méritent d'être classées parmi les meilleures.

Le climat, sauf dans la haute montagne, est loin d'être rigoureux.

Le sol est fertile ; il donne tous les produits qu'on peut désirer. L'aspect de la montagne comme de la plaine est toujours beau à contempler. On est heureux de vivre dans ce milieu salubre et fertile.

Placé dans ce pays, que l'on ne peut s'empêcher de trouver ravissant, un établissement neuf, aménagé spécialement pour les aliénés, aurait certainement attiré de toutes parts bien des malades riches ou pauvres.

Mais, l'Assemblée départementale avait entrepris, depuis bientôt 14 ans, une œuvre considérable, très coûteuse, aussi utile que populaire et appelée à transformer le pays en augmentant sa richesse naturelle; je veux parler des voies de communications qui faisaient défaut sur une grande partie du territoire. Le budget départemental ne pouvait pas peut être sans imprudence, supporter une nouvelle charge qui eût été lourde pendant les premières années.

Je dus renoncer à mon idée et à mon rêve.

Pourquoi, penserez-vous peut-être, parler de cet incident qui appartient au passé ? Uniquement pour vous donner un témoignage vécu de l'intérêt que je porte et porterai toujours aux questions qui vous sont chères.

Mais tout cela n'est plus qu'un souvenir.

Dans la vie, quand on veut aboutir, il faut, tout en tenant compte du passé, s'occuper du présent et penser à l'avenir.

Or, le présent, ce sont vos travaux. Puissent-ils apporter de nouveaux bienfaits, des idées pratiques, des aperçus nouveaux et utiles aux malheureux, dont la tutelle est confiée à l'Administration préfectorale, mais qu'elle s'empresse à son tour de confier à votre dévouement et à votre talent, avec l'espoir, que dis-je, avec la certitude que si vous ne les guérissez pas toujours, c'est que la science est obligée de s'arrêter devant l'impossibilité.

Continuez, Messieurs, à donner à la société. le concours de

vos lumières, le fruit de vos recherches, le résultat de vos travaux.

En agissant ainsi, vous faites du socialisme, et du meilleur et du seul vrai ; vous justifierez un des beaux mots, une des grandes pensées de la Révolution française inscrite dans notre devise républicaine « La Fraternité »

Mais, j'oublie trop, ce me semble, que j'ai pris la parole ici, surtout pour vous souhaiter la bienvenue et pour remercier tous les congressistes de s'être rendus à l'appel de notre dévoué et honorable organisateur, le docteur Hospital.

Je remercie particulièrement Monsieur le président, le docteur Pierret, dont les opinions médicales, basées sur une observation patiente, juste, complète, corroborée par une profonde science, jouissent à juste titre d'une autorité incontestée parmi les savants aliénistes.

A vous tous, Messieurs, Français et étrangers, professeurs et docteurs, je désire que votre séjour en Auvergne soit agréable et utile. Vous pouvez compter pour faciliter votre tâche sur le concours le plus absolu du représentant de la République dans le département du Puy-de-Dôme.

M. le Maire, dans une aimable allocution, souhaite la bienvenue aux savants.

M. Pierret président, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Dans la cité qui vit naître Pascal, les phrases creuses, les longues périodes, les vains discours sont moins qu'ailleurs à redouter. Si je ne sais pas être concis, je serai bref, tout au moins. Avant tout, je dois remercier tous ceux de mes confrères qui, à mon insu, ont bien voulu me choisir pour présider le Congrès où, pour la première fois, les aliénistes de langue française donnent la main à leurs frères les neuropathologistes. Je les remercie du fond du cœur. Ce devoir accompli, ils me permettront, j'en suis sûr, d'adresser un triste et reconnaissant souvenir au maître qui m'a fait digne d'être leur élu. C'est à M. Charcot que va ma pensée ; c'est lui qui devrait être ici.

Je voudrais être encore à cette heureuse période de la vie, où

l'imagination se plaît à nous faire accroire que, par des liens mystérieux, les morts restent unis à ceux qui les ont aimés. J'évoquerais alors les deux grandes ombres : Pascal, Charcot, et j'aimerais à penser que, pour toute la durée de ces travaux, ils seront au milieu de nous pour inspirer à tous les saines critiques et les appréciations désintéressées.

Les circonstances sont graves : la psychiatrie, longtemps retenue dans les dédales de la philosophie, veut, sans renier son passé, briser des liens trop serrés et faire son profit des admirables découvertes qui ont élucidé la texture et défini le rôle du cerveau de telle façon que Gall lui-même est dépassé. Dans ces hémisphères, en apparence très compliqués, il n'est pas aujourd'hui de ganglion si reculé qui n'ait son nom et sa fonction probable. La mémoire, disséquée, se résout en mémoires partielles dont chacune a son habitat. On sait, à n'en plus pouvoir douter, quels sont les points limités du cortex dont la destruction organique ou l'insuffisance fonctionnelle engendrent la surdité ou la cécité verbales, de même que l'on décrit avec précision le lieu anatomique de l'aphasie motrice et de l'agraphie. On sait dans quels groupements ganglionaires arrivent à s'emmagasiner, sous une forme variée du mouvement, les images auditives ou optiques. C'est dire que le siège central des hallucinations de la vue et de l'ouïe est désormais connu. Ces notions capitales sont le résultat des efforts convergents des neuropathologistes et des aliénistes.

Charcot, Messieurs, était l'un et l'autre, et j'imagine que si la mort l'avait épargné, il aurait lui-même tiré de l'hystérie quelque belle et grande étude de psychologie morbide. Laissez-moi vous parler un instant de ce Maître dont je fus l'ami.

L'énorme influence qu'il a exercée sur les sciences médicales, je l'attribue, sans hésiter, à ce fait qu'il s'est spécialisé très tard. Les impressions reçues près de ses premiers maîtres l'entraînaient, en effet, vers la médecine générale. C'est alors qu'il étudie la goutte, le rhumatisme, les maladies rénales et les processus séniles. Les recherches sur les maladies du système nerveux étaient d'abord plutôt concentrées dans les mains de Vulpian, cet autre maître qui tirait son originalité de travaux d'anatomie et de physiologie comparée, poursuivis dans les laboratoires du Muséum. Mais bientôt Vulpian, pourvu de

la chaire d'anatomie pathologique à la Faculté, tourne pour un temps son activité dans un autre sens, et Charcot reste seul pour parachever des recherches dont beaucoup avaient été commencées par les deux amis.

L'analyse des scléroses médullaires, d'abord entamée par Bouchard, sous l'impulsion directe et puissante de Charcot, est reprise par de nombreux élèves dont je ne puis vous faire l'éloge, parce qu'ils sont ici presque tous. Dans un laboratoire étroit, mal éclairé, mal outillé, par la seule initiative du maître et des élèves, et le plus souvent, aux frais des travailleurs eux-mêmes. on voit s'établir un véritable atelier de neuropathologie. On y était pauvre d'argent, riche d'ardeur — et quelquefois d'un peu d'ambition. Que de difficultés au début! J'ai connu le temps — et, sur ce point mon collègue et ami, le professeur Joffroy, ne me démentira pas — le temps où, pour savoir avec certitude où se trouvaient les origines réelles de l'hypoglosse, Duchenne (de Boulogne) dut négocier avec Lockhart-Clarke l'envoi d'une préparation normale qui, pour plus de sûreté, fut littéralement copiée par moi à la chambre claire. Le résultat de cet effort collectif ne fut rien moins que la constatation définitive de la disparition des cellules nerveuses motrices dans le bulbe et la moelle d'une malade atteinte d'atrophie musculaire et de sclérose latérale. Plus tard, cette observation devint point de départ pour la description d'une maladie nouvelle : la *sclérose latérale amyotrophique*.

Charcot, Vulpian, Duchenne (de Boulogne), tels ont été les trois maîtres qui surent créer et faire vivre à la Salpêtrière une école dont il ne me sied pas de dire trop de bien. La méthode employée fut la *méthode anatomo-clinique* à l'exclusion de toute autre, et l'avenir prouvera que telle était la vraie manière de Charcot, celle qui correspondait le mieux à son goût si vif pour l'isolement de types nouveaux et pour les descriptions cliniques dont les lignes sont tellement bien arrêtées qu'elles sembleraient un peu schématiques. C'est à l'emploi de cette méthode que sont dues tant de données originales sur les *localisations spinales* et *bulbaires*, les *myélites systématiques*; enfin sur les *localisations cérébrales*.

A l'étranger, comme en France, on a l'habitude, injuste à mon sens, de dire que tout cet ensemble de faits élucidés, tous

ces travaux, toutes ces activités groupées autour d'un maître, constituent l'œuvre de l'Ecole de la Salpêtrière. Mais, messieurs, une école de la Salpêtrière existait avant Charcot, avant nous. L'objet de ses études était-il donc si différent du nôtre ? Y a-t il deux Salpêtrières ? Celle des Pinel, des Esquirol, des Voisin, des Delasiauve, des Trélat, des Moreau, des Baillarger, et celle de Charcot ? A vrai dire, les deux écoles, avec des points de départ différents, tendaient au même but et sont destinées à se confondre.

Oser se dire neuropathologiste et ignorer les rapports établis par Baillarger entre la sclérose postérieure et la paralysie générale, serait aussi présomptueux que de prétendre connaître à fond cette dernière maladie sans en avoir étudié les localisations médullaires. A-t-on le secret de tous les malaises dus à l'alcoolisme, si l'on oublie les névrites qu'il engendre si souvent, et ne voyons-nous pas à l'étranger des aliénistes très convaincus décrire avec détails ce qu'ils appellent la psychose polynévrique.

Tout n'est pas terminé cependant, et les deux branches de l'Ecole de la Salpêtrière ont encore quelque distance à parcourir avant de s'unir comme les affluents d'un grand fleuve. Le pas qui reste à faire, c'est l'étude des auto-intoxications qui le rendra facile, et le terrain sur lequel la jonction s'opérera n'est autre que celui de la médecine elle-même.

Sans doute, il est beau d'avoir étudié un par un tous les désordres de la pensée et d'avoir orné chacun d'eux de dénominations suggestives. Les Jussieu de la psychiatrie sont à bout de classifications. Sans doute, il est excellent d'avoir montré que de minimes lésions suffisent à mutiler des facultés mentales réputées jusqu'alors unes et indivisibles ; notre devoir est d'aller plus loin, plus haut, et de savoir quelle est l'essence de ces phénomènes fugitifs que, dans notre ignorance, nous qualifions de fonctionnels et que nous osons regarder comme indépendants de toute altération matérielle. Il faut, à nos yeux myopes, de très grosses lésions, et nous nous glorifions quand une cicatrice, un foyer de sclérose ou un retrécissement vasculaire s'est offert de lui-même à notre observation superficielle. Pourtant, nombre de cas négatifs nous embarrassent et apparaissent contradictoirement. Beaucoup les oublient, d'autres

s'en emparent pour invoquer des actions à distance que la physiologie reconnaît possibles, ou des actions dynamiques que, seule, la chimie sait expliquer.

Le dynamisme cellulaire, considéré comme la somme des actes biologiques dont la cellule est le siège, est-il donc pour toujours hors de la portée de notre observation directe ? A vrai dire, je ne le crois pas; mais, pour étudier les délicates modifications physico-chimiques qui suffisent, cela est sûr, pour modifier en plus ou en moins les activités cellulaires, il faut d'autres techniques que les nôtres; nous aurons à nous inspirer des procédés qui ont permis aux cytologues de définir le rôle énorme que jouent, dans la cellule, le noyau et les plastidules ; nous devrons, avec le professeur Gauthier, épier et surprendre les actions et les réactions de la cellule vivante.

Ce travail, si difficile à première vue, il est, vous le savez, déjà commencé.

On peut faire quelques inductions sur une opération chimique quand on en connaît les résidus. Nous pouvons donc, par l'examen des urines, acquérir des idées très vraisemblables sur la composition des humeurs qui baignent les éléments anatomiques d'un sujet donné. Aussi ne voyez-vous pas que la génération médicale est en quête de la formule chimique propre aux différents états nerveux ? L'un montre combien les délires actifs modifient la constitution des urines, tandis que la démence les laisse pauvres en éléments de désassimilation. Tel autre poursuit la recherche de la formule urinaire de ces multiples syndromes qui sont l'hystérie. Qui donc a démontré qu'en nombre de cas, la maladie sacrée, l'épilepsie, n'est qu'une urémie, le crétinisme un empoisonnement ? De tous côtés surgissent des travaux qui mettent en évidence la toxicité des humeurs, rapportent au conflit de certains poisons avec les substances albuminoïdes de la cellule, les déviations les plus variées de l'intelligence. Que dis-je? nous savons, depuis les travaux de Bouchard, que la cellule fatiguée s'empoisonne elle-même et peut mourir, tuée par ses propres produits, si les opérations de voirie cérébrale sont entravées de quelque façon. Réunissez les noms de tous ceux qui, dans le cours de ces dernières années, ont produit dans ce sens les meilleurs travaux et vous vous convaincrez qu'avant peu d'années, la

chimie et l'histo-chimie biologiques auront pour toujours uni les aliénistes, les neuropathologistes, les physiologistes et les médecins.

Après le discours de M. Pierret, la séance est suspendue quelques minutes, et cesse d'être publique.

Les congressistes reprennent leurs travaux sous la présidence de M. Pierret et composent le bureau de la façon suivante :

Présidents d'honneur :

MM. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme ;
Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand ;
Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, conseiller d'État ;
Bouchard, membre de l'Institut, Professeur à la faculté de médecine de Paris ;
Falret, médecin de la Salpêtrière ;
Ladame, privat-docent à l'Université de Genève

Vice-Présidents :

MM. Charpentier, médecin de Bicêtre ;
Ritti, médecin en chef à la maison nationale de Charenton.

Secrétaire Général :

M. Hospital, médecin en chef de l'Asile Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.

Secrétaires :

MM. Devay, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.
Klippel, chef de laboratoire à la Faculté de médecine Paris.

Séance du 6 Août (matin)

PRÉSIDENCE DE M. PIERRET

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. BALLET sur les rapports de *l'hystérie et de la folie*:

M. BALLET propose de remettre la discussion à une date plus éloignée, en raison de la réception tardive des rapports.

M. PIERRET croit difficile de reporter la discussion de ce rapport à la séance du soir.

M. GIRAUD (de St-Yon) croit que le nombre des séances est trop considérable, qu'on pourrait condenser utilement les ordres du jour de façon à terminer plus rapidement.

M. DOUTREBENTE demande que l'on reste dans la tradition. Dans les précédents congrès, chacun des deux premiers jours, une séance était consacrée à la discussion d'une question Dans les séances ultérieures on discutait les autres communications.

M. DENY pense qu'il serait nécessaire de choisir, aussitôt que possible, après la discussion des rapports, la ville où se réunira le prochain congrès et nommer le président, de façon que le plus grand nombre de congressistes puissent prendre part au vote.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Ballet et celle de M. Deny.

Elles sont adoptées.

La lecture du rapport de M. Ballet est renvoyée à la séance du soir.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

PREMIÈRE QUESTION :

RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE LA FOLIE

Séance du 6 Août (soir).

PRÉSIDENCE DE M. PIERRET

M. le Dr BALLET (de Paris). — « L'hystérie, a dit Esquirol (1), dégénère et passe souvent à la folie et, dans beaucoup de cas, elle n'en est que le premier degré. » Cette proposition qui, dans sa forme vague, est susceptible de plus d'une critique, semble avoir trouvé crédit auprès des aliénistes à une époque où les notions régnantes sur les symptômes et les caractères de l'hystérie manquaient, plus que toutes autres, de précision. Si l'on parcourt, en effet, les en-têtes d'observation ou les certificats d'admission tels qu'on les rédigeait encore il y a vingt ans à peine, on y voit l'hystérie fréquemment mentionnée bien qu'il nous soit souvent difficile de l'y reconnaître aujourd'hui, au moins sous les traits caractéristiques qu'actuellement on lui attribue. Les idées, depuis lors, se sont notablement modifiées et l'étiquette folie hystérique, qui fut naguère courante, n'est plus que rarement appliquée aux maladies mentales qui passent sous nos yeux dans les asiles.

Ce n'est pas que la pathologie se soit transformée, et il suffit de parcourir au hasard les services hospitaliers pour s'assurer que l'hystérie n'y est pas moins commune qu'autrefois. On l'y retrouve à chaque pas et on la reconnaît chez des

(1) Esquirol. — *Traité des maladies mentales.* Art. Folie.

malades qui étaient jadis arbitrairement classés sous d'autres vocables. Ainsi, tandis que l'hystérie devenait moins commune dans les asiles, elle augmentait singulièrement de fréquence dans les hôpitaux ordinaires; c'est qu'il fut un temps où on la voyait là où elle n'était pas, tandis qu'on la méconnaissait souvent où elle était.

La tendance de la psychiatrie est aujourd'hui de mieux délimiter les espèces morbides : de symptomatique elle vise à devenir nosologique. Etudier les rapports de l'hystérie et de la folie ne saurait plus consister à énumérer simplement les troubles mentaux variés qui se peuvent observer chez une hystérique avérée, mais à préciser l'affection mentale caractérisée par ses causes, son évolution aussi bien que par ses symptômes et à laquelle se rattachent les désordres cérébraux relevés chez les hystériques.

Pour remplir cette tâche il est nécessaire de bien déterminer, au préalable, ce que l'on doit entendre par ces deux termes hystérie et folie, l'un s'appliquant à une maladie psychique dont il ne paraît pas impossible de donner aujourd'hui une définition à peu près précise, l'autre à un ensemble de troubles fort vagues à la vérité, fort variables de physionomie, d'aspect et d'évolution comme les espèces morbides dont ils sont la traduction clinique.

Le mot *folie* a été pris tour à tour dans un sens étendu ou restreint. On l'a considéré quelquefois comme synonyme de délire (vésanique) et, plus spécialement, de délire intellectuel. En adoptant ici cette acception par trop étroite nous serions amené à laisser à tort hors du sujet qui nous occupe des questions et des problèmes dont l'intérêt ne résulte pas seulement de leur actualité. L'expression, pour Georget, devait servir à désigner les idées, les passions, les déterminations différentes de celles du commun; pour Foville, l'état de toutes les personnes qui ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, morales et affectives. C'est dans ce sens étendu que nous croyons devoir la prendre. Les troubles psychiques, quelles que soient les fonctions qu'ils intéressent, présentent entre eux une solidarité trop étroite pour qu'on en puisse arbitrairement scinder l'étude : les altérations de la conscience, de la volonté, du caractère, qu'ils soient subordonnnés aux désor-

dres intellectuels ou qu'ils les commandent, sont avec eux en relation intime ; aussi ne saurait-on logiquement laisser de côté les uns pour envisager exclusivement les autres ; la clinique pas plus que la psychologie pathologique ne sauraient aujourd'hui s'accommoder d'une pareille scission.

Cette manière d'envisager les choses nous conduira à signaler à la discussion non-seulement les problèmes que soulève l'étude des délires dans leurs rapports avec l'hystérie, mais aussi ceux, non moins intéressants, qui se rattachent à la description de l'état mental des hystériques.

Entre les uns et les autres il y a, d'ailleurs, on le verra, une étroite connexité.

QU'EST-CE QUE L'HYSTÉRIE ? DÉFINITION CLINIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.

Il est un point sur lequel tout le monde paraît aujourd'hui s'accorder, c'est que l'hystérie est une *maladie mentale*. Qu'on continue à la classer parmi les névroses, ou qu'on en fasse décidément une psychose, peu importe : c'est un fait avéré que les troubles qui la constituent sont d'ordre psychique. Personne ne songe plus à considérer ses manifestations comme des désordres réactionnels consécutifs à des troubles de l'utérus ou de ses annexes.

Mais cette notion, quelque bien établie qu'elle paraisse, ne lève pas la difficulté qu'on éprouve à donner de la maladie une définition exacte et précise. Ni l'étiologie qui est variable, partant, à certains, égards, banale, ni la symptomatologie trop complexe pour pouvoir être résumée en une courte formule, ni le trouble psychologique fondamental qui, tout constant qu'il soit, ne paraît pas absolument spécial à l'hystérie, ne nous fournissent, à proprement parler, l'élément de cette définition, au moins d'une définition rigoureuse.

Est-ce à dire que l'hystérie ne constitue pas une espèce morbide nettement distincte, ayant sa symptomatologie spéciale et sa physionomie propre ? En aucune façon. On peut discuter sans doute sur l'homogénéité du type, entrevoir le moment où une pathogénie plus éclairée en permettra la dissociation et le réduira à la valeur d'une expression clinique, il n'en est

pas moins vrai que ce type a une personnalité nosographique indiscutable. Il confine, sans doute, à d'autres états mentaux qu'il n'est pas facile d'en séparer par une barrière accusée, mais n'est-ce pas le cas de la plupart des vésanies dont les contours ne sont nettement marqués que lorsqu'on considère les cas types ?

L'observation clinique, même tout empirique, suffit déjà sinon à circonscrire avec précision le domaine de l'hystérie, du moins à nous montrer les principaux des troubles qui le constituent. En clinique, en effet, on se trompe plus sur la valeur et la signification de certains symptômes qui, rares, fréquents ou habituels révèlent leur commune origine et leur identité de nature en se combinant et s'associant les uns aux autres de telle façon qu'ils forment les éléments constitutifs d'un tout nosographique : les troubles de la sensibilité générale et spéciale (je rappelle sans décrire), anesthésies ou plaques hyperesthésiques, les désordres moteurs, paralysies, contractures, tic et mouvements choréiques, tremblements, certaines amnésies et aboulies, les attaques, les crises de somnambulisme, les troubles vasculaires et trophiques, pour ne citer que les principaux, constituent un ensemble dont les divers éléments, par leur coïncidence fréquente, leur alternance possible, les fantaisies apparentes de leur évolution, accusent l'étroite parenté. Si l'on est embarassé pour dire où l'hystérie commence et où elle finit, on ne l'est pas pour affirmer la nature hystérique des diverses manifestations que nous venons de rappeler.

D'ailleurs ces manifestations (la plupart d'entre elles au moins) ont un lien commun qui les rattachent les unes aux autres et permet affirmer leur communauté d'origine ; elles dérivent d'un même trouble du mécanisme cérébral qui paraît être la caractéristique pathogénique de la maladie. C'est un point sur lequel les travaux de ces deux dernières années ont appelé l'attention. Quelques auteurs, Mœbius (1) et Strümpell (2) entre autres avaient après Charcot, insisté sur ce fait que les trou-

(1) Mœbius. — *Ueber den Begriff der Hysterie in Centralblatt fur Nervenheilkunde*, nº 3, 1888.

(2) Strümpell. — *Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen.* Erlangen, 1892.

bles de nature hystérique tiennent à un état maladif de l'esprit; ils auraient pour point de départ certaines représentations mentales trop fortes ou des associations d'idées trop faciles et trop actives. C'était déjà un progrès considérable d'avoir mis en relief le rôle de *l'idée* dans la genèse des manifestations de l'hystérie, mais c'était un progrès insuffisant. Il restait à montrer que l'idée qui intervient en pareil cas diffère de nos idées et de nos représentations ordinaires, qu'elle est une *idée subconsciente*. C'est à cette démonstration qu'ont contribué les recherches de M. Binet (1), de M. Myers (2), de M. Laurent (3), de MM. Breuer et Freud (4), d'autres encore. Au premier rang de ces travaux il convient de citer ceux de M. Pierre Janet (5).

C'est un fait qui paraît aujourd'hui avéré et établi que le trouble mental élémentaire de l'hystérie, celui auquel tous les autres sont subordonnés est un *retrécissement du champ de la conscience* avec conservation des phénomènes subsconcients et *automatiques*.

Ceci demande quelques explications. Nous les fournirons brèves; de longs développements seraient ici déplacés.

La *conscience* est un phénomène dont le sens intime nous donne une idée plus juste que ne saurait le faire une définition quelconque. Quand nous sentons, nous nous souvenons, nous pensons, quand nous voulons ou exécutons un mouvement nous nous rendons compte que la sensation a lieu, que le souvenir nous rappelle des impressions passées; notre esprit assiste en spectateur aux associations d'idées qu'il forme, aux volitions qu'il élabore et à l'exécution de ces volitions, telle est au moins la

(1) A. Binet. — *Les Altérations de la personnalité.* Paris, Alcan. 1892.

(2) Myers. — *Proceedings of the Society for psychical research.* 1892 et 1893.

(3) F. Laurent.— *Des États seconds.* — Th. doctorat. Bordeaux, 1892

(4) Brener et Freud. — *Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phænomene in neurologisches Centralblatt* nos 1 et 2, 1893.

(5) Pierre Janet. — *L'Automatisme psycologique,* Paris, 1889. — *Les Stigmates mentaux et les Accidents mentaux de l'hystérie,* in bibliothèque Charcot-Debove, Paris, 1893 et 1894. — Les idées de M. Janet ont été très bien résumées dans une revue de M. P. Blocq, parue dans la *Gazette des hôpitaux,* 25 novembre 1893

règle chez un individu normal. Mais il faut savoir que la conscience de la sensation, du souvenir et de la volition n'est pas une condition indispensable à l'accomplissement de ces opérations. Nous pouvons percevoir des impressions, les emmagasiner dans notre mémoire, vouloir des actes, sans que l'esprit ait la notion consciente des phénomènes dont il est le théâtre, et cependant l'observation ultérieure montrera que nous avons, sans nous en douter, réellement senti, que nous avons conservé le souvenir, que nous avons commandé le mouvement. Pour se convaincre de ce que nous avançons, il suffit d'observer ce qui se passe à l'état physiologique quand notre intelligence, vivement sollicitée par une idée, semble momentanément étrangère à tout ce qui ne se rapporte pas à cette idée. L'absorption de notre esprit qui est une des formes de la *distraction*, réduit au minimum la somme des phénomènes conscients. A côté de la sensation, de la mémoire, de la volition *conscientes*, ils y a donc des sensations, des souvenirs, des volitions *inconcients*. A la vérité, dans les conditions normales, le domaine de l'inconscient, par rapport à celui du conscient, est singulièrement réduit (moins peut-être cependant qu'il ne semblerait à une observation superficielle). Mais il n'en est pas de même à l'état pathologique, particulièrement dans l'hystérie.

Chez les personnes affectées de cette maladie mentale, *l'aire de la conscience* (Spencer) se rétrécit d'une façon plus ou moins accusée. Un petit nombre seulement des phénomènes psychiques qu'elle dirige chez les gens bien portants, arrivent jusqu'à elle. Elle devient incapable de réunir, de grouper, de *synthétiser* le même ensemble de notions qu'à l'état physiologique ; elle laisse hors de son domaine beaucoup de celles qui y sont d'ordinaire comprises. Une hystérique sent, se souvient, veut comme une personne normale, les expériences et l'observation le démontrent ; mais elle a perdu la conscience d'un certain nombre de ses sensations, de ses souvenirs, de ses volitions ; de là des anesthésies, des amnésies, des aboulies, qui ne sont en réalité que de fausses anesthésies, de fausses amnésies, des aboulies apparentes. Les anesthésies sont des esthésies inconscientes, les amnésies des souvenirs inconscients, les aboulies des impuissances de la volonté consciente, mais qui cessent

quand les déterminations relèvent de l'activité inconsciente et automatique.

La *personnalité* étant représentée, à un moment donné, par l'ensemble des sensations, des pensées des volitions conscientes, il résulte du trouble physiologique que nous venons d'indiquer que celle de l'hystérique est notablement modifiée. Obligée de *négliger* un plus ou moins grand nombre de phénomènes psychiques que la diminution de sa faculté de perception ne lui permet plus de synthétiser, la malade laisse dans le champ du subconscient une foule de notions qu'elle est devenue incapable d'assimiler à son moi. Sa personnalité en est singulièrement réduite: personnalité d'ailleurs éminemment changeante d'un moment à l'autre, car le propre des *négligences* est d'être variables sous mille influences, Ce n'est qu'à la longue, par l'effet de l'habitude acquise que celles-ci acquièrent une certaine fixité. Alors les malades revêtent une physionomie à certains égards immuable : telles les vieilles hystériques chez qui les anesthésies invétérées et tenaces se localisent avec persistance sur un côté du corps, toujours le même, d'où il devient impossible de les déloger.

Il résulte de ce qui précède que la sensation et les images qui restent en dehors du champ de la conscience n'en existent pas moins. Aussi arrive-t-il qu'elles se coordonnent et se groupent de façons différentes pour faire leur œuvre : ce sont elles qui vont présider aux actes automatiques dont le rôle est si important dans la pathologie de l'hystérie. A vrai dire, chez l'hystérique deux personnalités sont toujours en présence, l'un constituée par les agrégats de phénomènes subconscients, l'autre la personnalité consciente, qui recevra le contre- coup de ce qui se passe chez la première que, d'ailleurs, elle ignore. Cette désagrégation du moi qui met en présence deux activités différentes, l'une consciente, l'autre automatique, nous donne la clef de la plupart des accidente mentaux de l'hystérie. Qu'on ait affaire à un spasme, à une idée fixe, à l'attaque ou au délire tous ces troubles paraissent résulter non d'une simple représentation mentale telle qu'on en observe dans la vie psychique normale, mais d'idées, de souvenirs ou d'images qui, à l'insu du malade, surgissent du fond de l'inconscient.

Il y a plus : ces souvenirs et ces images, négligés par la

conscience, peuvent se grouper et s'organiser de façon à constituer par leur ensemble des agrégats psychologiques nouveaux qui entrent en lutte avec la personnalité consciente et, dans certains cas, la terrassent et l'annihilent momentanément. Ainsi sont constitués les états de *condition seconde*, ou de somnambulisme, sur lesquels il ne sera pas superflu de nous arrêter quelque peu.

Les notions qui précèdent résument, si nous ne nous abusons, l'état actuel de nos connaissances sur la nature de l'hystérie. C'est à la lumière de ces notions cliniques ou psychologiques qu'il devient possible de démêler, dans l'ensemble des troubles mentaux complexes qu'on a, à tort ou à raison, rattachés à l'hystérie, ceux qui relèvent véritablement de cette névrose ou qui ressortissent à d'autres maladies psychiques.

II

TERRAIN SUR LEQUEL L'HYSTÉRIE SE DÉVELOPPE. — ASSOCIATION FRÉQUENTE DE L'HYSTÉRIE A LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

C'est qu'en effet tous les troubles psychiques qu'on observe chez les hystériques ne dépendent pas de l'hystérie. Parmi les vérités que les progrès de la neuro-pathologie ont, en ces dernières années, mises en relief, il n'en est pas qui ait été plus féconde, au point de vue de la nosologie et du diagnostic, que la notion de l'association possible, chez un même sujet, de plusieurs maladies nerveuses. Charcot, plus que tout autre, a contribué à montrer l'intérêt de cette notion. Il n'est pas besoin de rappeler l'association relativement commune de l'hystérie avec la sclérose en plaques, les myopathies, avec la neurasthénie, le goître exopthalmique, pour ne citer que celles-là. On sait, d'autre part, qu'en se développant chez un malade, ces maladies ne se combinent pas entre elles pour donner naissance à des hybrides, mais qu'elles évoluent côte à côte en conservant leurs caractères propres et leur phsionomie spéciale. M. Magnan (1) a montré que la règle, on pourrait dire

(1) Magnan. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même sujet.* Arch. de Neurol., N° 1, 1880.

la loi, formulée par Charcot trouve son application en pathologie mentale. On a pu observer chez le même individu un délire vésanique, la mélancolie, un délire toxique, le delirium alcoolique, enfin un délire névrosique, la folie épileptique. C'est chose commune, on ne l'ignore pas, de voir les symptômes cérébraux de l'intoxication éthylique se justaposer à ceux des délires dégénératifs ou de la paralysie générale.

Il ne faut pas s'étonner, dès lors, si l'hystérie s'associe à des maladies psychiques d'autre nature qui coïncident avec elle tout en restant distinctes.

La raison principale qui explique la fréquence relative de ces associations, c'est que les maladies qui se juxtaposent à l'hystérie ont, comme l'hystérie, pour facteur étiologique principal, la prédisposition héréditaire. Elles font partie, à des titres divers, de la famille névropathique (1) dont les membres constitutifs représentent les diverses formes de déviation qu'imprime aux organismes, de génération en génération, une hérédité défectueuse, hérédité nerveuse ou vésanique dans la plupart des cas, hérédité simplement arthritique dans d'autres (Charcot et Marie) (2).

L'observation démontre que la prédisposition fâcheuse qu'apporte à sa naissance le produit d'une génération viciée se manifeste par les formes les plus diverses d'affections nerveuses ou mentales. On conçoit, dès lors, aisément que plusieurs de ces affections puissent, à un moment donné, se trouver réunies chez le même sujet.

Mais l'hérédité morbide ne se traduit pas seulement par des prédispositions : elle se manifeste dans d'autres cas, on le sait, par un état durable et permanent, par une déviation indélébile du type physiologique à laquelle on a donné le nom de dégénérescence. Qu'on ait eu tort ou raison de circonscrire la signification de ce terme, le mot dégénérescence s'étend actuellement un à état caractérisé par des malformations physiques, par de la débilité ou de la déséquilibration mentale avec perversions habituelles des instincts, instabilité de l'esprit qui est

(1) Ch. Féré. — *La Famille névropathique*. Arch. de Neur 1884.

(2) Charcot et Marie. — Article *Hystérie* in *Dictionnaire de Hack Tuke.*

porté au doute, aux hésitations, aux craintes morbides, aux impulsions, enfin par une tendance à certaines formes de délire transitoires ou durables.

Or, c'est chose commune de voir l'hystérie se développer sur un fond de dégénérescence. Dès 1886, nous nous sommes attaché à mettre ce fait en relief, particulièrement en ce qui concerne l'hystérie masculine ; nos idées, sur ce point, ont été développées dans les travaux de plusieurs de nos élèves, MM. Marquezy (1), Tabaraud (2), Roubinowitch (3). S'il en est ainsi, on ne devra pas être surpris de trouver réunis côte à côte les manifestations mentales de l'hystérie et les perversions instinctives, les syndromes épisodiques, les délires de la dégénérescence.

D'ailleurs cette association, relativement fréquente, des troubles hystériques et dégénératifs, ne semble pas purement fortuite. Elle paraît même subordonnée à autre chose qu'à une communauté d'origine, l'hérédité, et l'on ne peut se défendre de penser que les deux ordres de phénomènes sont régis par des altérations du mécanisme mental très analogues sinon identiques les unes aux autres. Comme le remarque, très justement à notre avis, M. Pierre Janet, ces phénomènes, bien qu'incontestablement différents, ont cependant de grandes analogies. « Il ne serait pas impossible de ranger les symptômes deux par deux, en montrant qu'à chaque symptôme hystérique correspond un symptôme psychosténique (dégénératif) non pas identique mais très analogue dans son mécanisme psychologique. Aux anesthésies correspondraient des distractions et des erreurs de sensation; aux amnésies, des doutes; aux paralysies, des hésitations du mouvement volontaire qui ont été quelquefois confondues avec des délires du contact ; aux contractures, des idées fixes; aux attaques convulsives, certaines attaques d'idées précédées d'une angoisse comme d'une aura ; aux somnambulismes même, des périodes bizarres où le malade ne se reconnaît plus lui même, trouve sa personnalité

(1) Marquezy.— *L'Homme hystérique. Bulletin médical*, 1888.

(2) Tabaraud. — *Des Rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*. Th. Paris, 1888.

(3) Roubinowitch. — *Hystérie mâle et dégénérescence*. Th. Paris, 1890.

changée, etc. Si nous étudions le mécanisme de tous ces phénomènes, nous trouvons, d'un côté comme de l'autre, la diminution de la synthèse et l'émancipation des phénomènes automatiques. Il nous paraît donc impossible de séparer complètement deux maladies aussi voisines ; nous pensons qu'elles font partie toutes deux d'une vaste classe de maladies mentales très voisines les unes des autres et que nous avons proposé d'appeler les maladies de désagrégation mentale » (1).

Cette ressemblance et cette étroite parenté qui existent entre les troubles hystériques et ceux dits dégénératifs n'exclue pas toutefois les différences. Nosographiquement, la dégénérescence et l'hystérie restent deux états très voisins sans doute et, par suite, très souvent associés l'un à l'autre, mais, néanmoins, très distincts l'un de l'autre. C'est pour n'avoir pas tenu compte de cette distinction qu'on a, nous allons le montrer, indûment surchargé la description de l'hystérie de manifestations qui ne lui appartiennent pas.

III

LE CARACTÈRE ET LES PERVERSIONS INSTINCTIVES DANS L'HYSTÉRIE

Il convient, avant d'aborder l'étude des délires, d'examiner ce qu'il faut penser du caractère des hystériques et des perversions instinctives qu'on leur a attribuées. Jusqu'à ces derniers temps, tous les auteurs paraissaient d'accord pour reconnaître à ces malades des tendances, des goûts, des perversions d'instinct qu'une observation plus attentive et une analyse plus minutieuse ne permettent plus de leur imputer. Pour se faire une idée des opinions qui étaient encore courantes, il y a peu d'années, il suffira de lire ce qui se rapporte à l'état mental des hystériques dans les ouvrages de Tardieu (2), de Falret (3), de

(1) Pierre Janet. — *Les Accidents mentaux de l'hystérie*, p. 294.
(2) Tardieu. — *Etude médico-légale sur la folie*, Paris, 1880. P. 169.
(3) J. Falret. — *Etudes cliniques sur les maladies mentales*. Th. Paris, 1890. P. 499.

Schüle(1), d'Axenfeld et Huchard(2), de Legrand du Saulle(3). Le mensonge, la duplicité, l'esprit de simulation, les impulsions aux actes déraisonnables et délictueux feraient partie intégrante du fonds psychique de ces malades. Dans son remarquable discours sur la folie raisonnante, ou folie normale, lu à la Société Médico-Psychologique, le 8 janvier 1866, M. J. Falret faisait une large part à la folie morale des hystériques. Après avoir mis en relief les troubles et les altérations du caractère de moindre importance, il s'exprimait ainsi : « Chez les *aliénés* hystériques, indépendamment des mauvais sentiments ou des penchants violents, exaltés jusqu'au délire et parvenus à un degré d'intensité qui dépasse les limites de l'état normal, nous pouvons arriver, par une étude attentive, à découvrir d'autres symptômes morbides dans la sphère de l'intelligence, de la volonté et des actes, et ces symptômes peuvent nous servir à compléter le tableau de la maladie et démontrer ainsi à tous, d'une manière incontestable, ce que l'examen exclusif des sentiments ou des penchants exaltés nous avait seulement permis de soupçonner. A côté des passions surexcitées, dont les manifestations violentes avaient seules frappé nos regards et dont le caractère maladif pouvait être douteux, nous constatons chez ces hystériques des idées extraordinaires et souvent absurdes, des désirs bizarres, des goûts dépravés, des instincts pervers, dont les malades elles-mêmes ressentent quelquefois de la honte et du dégoût, et qui sont contraires à toutes leurs habitudes antérieures ; nous constatons enfin des actes excentriques, étranges, insolites ou malpropres. Ces malades, par exemple, boivent leur urine, mangent de la terre, se déshabillent ou restent toutes nues dans leur intérieur, négligent leur toilette, refusent de se laver, sont d'une malpropreté révoltante et deviennent d'une avarice sordide ou d'une prodigalité insensée ; quelques-unes même, comme la malade dont parle Trélat, vont jusqu'à collectionner dans de petits papiers les matières les plus dégoûtantes, ou se livrent en secret à d'autres actes

(1) Schüle. — *Traité des maladies mentales.* Tr. française, Paris, 1888. P. 221.

(2) Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*, Paris, 1883.

(3) Legrand du Saulle. — *Les Hystériques*, Paris, 1883.

également bizarres, ridicules et qu'aucun motif raisonnable ne peut expliquer ». Des idées analogues ont été émises dans les récents traités de Kirchhoff (1) et de H. Dagonet (2). Cependant les opinions courantes sur la folie morale des hystériques méritent révision. Depuis longtemps, Charcot en avait mis en doute le bien fondé et il se plaisait à proclamer qu'il y avait lieu de « réhabiliter les hystériques ». Cette réhabilitation a été tentée et, je crois, avec succès, par tous ceux qui, dans ces derniers temps, ont étudié la question sous l'inspiration de ce maître. On s'en convaincra en parcourant notamment les publications de MM. Pitres (3), Gilles de la Tourette (4), Colin (5) et Pierre Janet (6).

L'erreur commise dans l'appréciation du caractère des hystériques tient à ce qu'on a négligé de faire la distinction, dont nous avons indiqué plus haut l'importance, entre les troubles qui relèvent de l'hystérie elle-même et ceux qui ressortissent à la dégénérescence mentale. Schüle, bien qu'il n'ait pas évité cette erreur semble avoir entrevu l'utilité de cette distinction : « L'hystérie, dit-il, peut déterminer une altération particulière des sentiments élevés et de la moralité, mais ce caractère ne se rencontre heureusement que dans les cas graves ; ce symptôme représente *l'élément dégénératif* du tempérament hystérique ». Ce qui prouve l'importance prépondérante de cet élément dégénératif dans la genèse des perversions morales des hystériques, c'est qu'un très grand nombre de ces malades n'ont jamais présenté de perversions, et qu'on les rencontre, au contraire, journellement chez les dégénérés simples qui ne montrent aucun stigmate d'hystérie. Si l'on veut donc dégager avec quelque précision les traits du caractère propre des hystériques, il est nécessaire d'envisager ceux ou celles de ces malades qui sont affectés d'hystérie pure ; c'est ainsi qu'ont procédé MM. P. Janet et Gilles de la Tourette dont les travaux à cet égard sont particulièrement recommandables. Il

(1) Kirchhoff. — *Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, 1892.
(2) H. Dagonet. — *Traité des maladies mentales*, Paris, 1894.
(3) Pitres. — *Leçons sur l'hystérie*. — T. II, p. 56, Paris, 1891.
(4) Gilles de la Tourette. — *Traité de l'hystérie*, Paris, 1891.
(5) Colin. — *Etude sur l'état mental des hystériques*, Th. Paris, 1890.
(6) P. Janet. — *Loc. cit.*

faut d'ailleurs, dans cette recherche, prendre certaines autres précautions que M. Janet a judicieusement indiquées. « Le caractère, dit cet auteur, dépend beaucoup de l'intelligence primitive des malades, du milieu où ils ont vécu et de leur éducation. L'hystérie peut frapper des personnes très différentes, des riches et des pauvres, des intelligentes et des sottes, des vertueuses et des vicieuses. Il ne faut pas mettre sur le compte de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement les mêmes si la maladie n'était pas survenue. Il faut encore se garder d'un autre danger : l'hystérie expose les malades à de nombreux accidents mentaux, surtout à des idées fixes et à des impulsions. Ces phénomènes tout accidentels, extrêmement variables d'un sujet à l'autre, ne sont pas des traits de caractère et dépendent moins de la maladie elle-même que de certaines circonstances extérieures. »

Parmi les défauts ou les vices dont on a fait plus ou moins gratuitement un apanage des hystériques, on a particulièrement insisté sur la *coquetterie, l'érotisme*, la tendance au *mensonge*, à la supercherie et à la simulation. Dans la coquetterie des hystériques il faut distinguer ce qui est le fait de l'hystérie elle-même et ce qui tient au sexe, à l'âge, au milieu où ont été élevées les malades. La plupart des hystériques sont plutôt négligées dans leur mise et je ne pense pas qu'on puisse prétendre que l'un des principaux soucis des hystériques du sexe masculin soit celui de la toilette. Au reste, ce détail a peu d'importance.

Il n'en est pas de même de *l'érotisme* : c'est un penchant qu'on a longtemps, et à tort, considéré comme un des traits habituels de la névrose. Cela tenait peut-être à l'opinion fausse qui a longtemps prévalu sur l'origine et le point de départ de cette affection. Moreau (de Tours) (1) avait justement protesté, dès 1869, contre l'opinion régnante, « Contrairement aux idées anciennes, écrivait-il, nous n'admettons pas que l'érotisme joue dans cette maladie (l'hystérie), le rôle qu'on lui attribue généralement. Nous croyons, ajoutait-il avec raison, que l'on a confondu et que l'on confond encore trop souvent l'éroto-

(1) Moreau (de Tours). — *La Folie névropathique*, page 1, Paris, G Baillière, 1869.

manie avec l'hystérie. Erotomanie et hystérie sont deux affections essentiellement distinctes ; ce n'est que très exceptionnellement qu'elles se montrent unies l'une à l'autre. » Les hystériques sont d'ordinaire plutôt frigides ; c'est à titre épisodique et chez quelques-unes seulement que se manifeste l'excitation sexuelle sous l'influence d'idées fixes plus ou moins transitoires. Quand à la tendance à mentir, à inventer des histoires fantastiques, à tromper le médecin, à simuler des symptômes qui n'existent pas, elle paraît être un des traits de la dégénérescence bien plutôt que de l'hystérie.

Les défauts ou les vices dont nous venons de parler ne paraissent donc pas ressortir à cette névrose : ils ne résultent pas du trouble psychique fondamental qui est la caractéristique de l'affection. Ce trouble psychique, le retrécissement du champ de la conscience, qui ne permet aux malades d'agréger à leur personnalité consciente qu'un petit nombre de notions, rend compte, au contraire, de certains phénomènes habituels au premier rang desquels figure la *suggestibilité*. L'esprit des hystériques accepte souvent sans contrôle les idées qu'on y dépose. C'est que qui dit contrôle, dit comparaison et, par suite, synthèse d'impressions, d'images, de souvenirs et, chez l'hystérique, nous le savons, le pouvoir de synthèse est affaibli. Pour la même raison l'*attention* est difficile à fixer, car, bien que l'attention soit la concentration de l'esprit sur une idée prépondérante, l'idée principale groupe toujours autour d'elle d'autres idées qui sont et restent accessoires et secondaires. Or plusieurs idées coexistant difficilement dans le champ de la conscience l'une chasse l'autre ; de là la *mobilité* des malades, la contradiction qui se produit d'un moment à l'autre dans leurs sentiments, leurs pensées, leurs déterminations.

L'émotivité, qui joue dans la conduite un si grand rôle, est elle-même fort variable ; chez les grandes hystériques elle est plutôt au dessous du taux normal. « Sans rechercher le paradoxe, dit M. P. Janet, je crois pouvoir dire que les hystériques ont, en réalité, moins d'émotions qu'on ne le croit généralement et que leur caractère principal est, ici comme toujours, une diminution des phénomènes psychologiques. Ces malades sont en général fort indifférentes, au moins pour tout ce qui ne se rattache pas directement à un petit nombre

d'idées fixes ». Cette diminution de l'émotivité qui rapproche les hystériques des mélancoliques et les empêche de ressentir les impressions aussi vivement qu'à l'état normal, coïncide souvent avec une exagération de certaines émotivités spéciales qui résument en elles toutes celles dont les malades sont capables. En effet, par contraste avec l'absence de l'émotivité régulière qui résulte de la synthèse plus ou moins pondérée des sentiments multiples que fait naître chez nous un événement heureux ou malheureux, une relation de famille, un spectacle susceptible d'attendrir, de préoccuper ou de toucher, certaines impressions s'emparent, à l'exclusion de toutes autres, du champ de la conscience et provoquent des réactions exagérées et disproportionnés avec la cause qui les détermine. L'expression de ces émotions est *peu variée* et se présente presque toujours la même chez la même malade quelle que soit l'impression qui l'occasionne. Mais elle se reproduit avec une fidélité étrange, comme tous les phénomènes psychiques automatiques dans le cadre desquels elle rentre. Il semble que, contrairement à ce qui se passe à l'état normal où les réactions individuelles s'adaptent aux causes qui les déterminent, chez l'hystérique il y a un mécanisme émotionnel variable pour chaque malade, mais toujours de la même façon, quelle que soit la sollicitation qui le provoque.

Il convient de rapprocher des troubles qui précédent les phénomènes d'ordre plutôt intellectuel, auxquels nous avons déjà précédemment fait allusion et qui tiennent une large place dans la psychologie pathologique de l'hystérie. Nous voulons parler des amnésies et des aboulies. Les *amnésies* sont la règle chez les hystériques ; nous ne saurions, on le conçoit, en entretreprendre ici la description. Qu'elles soient systématisées, partielles ou générales, localisées ou continuues, elles expliquent certainement beaucoup des faits de prétendue simulation qu'on a mis à l'actif des hystériques. Quant aux *aboulies*, elles sont d'ordinaire systématisées et portent sur un acte ou un groupe d'actes ; elles nous expliquent alors certains des troubles de l'hystérie à apparences de troubles physiques (mutisme, astasie, abasie, etc.), mais elles peuvent se généraliser plus ou moins et intéresser la plupart des actes qui, ayant pour sujet quelque nouveauté, exigent des combinaisons de mouvement

dont son esprit est devenu incapable. Dans ce cas les actes automatiques seuls s'accomplissent avec facilité; les autres sont difficiles ou impossibles. Cette aboulie ressemble singulièrement, bien qu'elle dérive directement du trouble psychique caractéristique de l'esprit, à celle qui se relie à certains états dégénératifs.

Avant d'aller plus loin résumons-nous D'après ce que nous venons de voir, ce qui caractérise l'état mental des hystériques, c'est, dans l'ordre intellectuel, l'amnésie et l'aboulie avec leurs erreurs, les indécisions, les impuissances que ces troubles entraînent, c'est la difficulté de concentrer consciemment et volontairement l'attention, par suite c'est la mobilité et souvent la contradiction dans les idées; c'est, dans l'ordre affectif et moral, un sentiment habituel d'impuissance mentale qui porte souvent à la tristesse, une suggestibilité très grande, une émotivité plutôt diminuée avec prépondérance cependant de certaines émotions automatiques.

Mais à ces troubles, à ces traits de caractère qui relèvent directement de l'hystérie, s'associent communément des craintes, des obsessions, des impulsions, des perversions instinctives qu'on est, croyons-nous, autorisé à rapporter à une autre origine. La folie morale, comme l'avait relevé justement Falret, s'observe, chez quelques hystériques, avec tous les écarts et les bizarreries de conduite qu'elle entraîne. Mais il suffit de parcourir les observations de Tardieu, de Legrand du Saulle, pour se convaincre que, dans les faits auxquels ils font allusion, l'hystérie est à l'arrière-plan, la dégénérescence mentale au premier. Les divers « stigmates dégénératifs » se rencontrent aussi particulièrement chez l'homme : la folie du doute, la crainte des contacts et les phobies de diverses natures, particulièrement l'agoraphobie, les obsessions variées, l'onomatomanie notamment s'y observent ; nous en avons naguère rapporté plusieurs cas et on sait aujourd'hui que ces faits ne sont pas rares. Ils nous semblent, d'ailleurs, susceptibles de la même interprétation que la folie morale. Il est une particularité que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de relever et qui vaut la peine d'être notée. Les obsessions et les anxiétés dégénératives, lorsqu'elles s'associent aux manifestations hystériques, ne sont pas sans exercer quelque influence sur ces dernières : c'est

ainsi que, plusieurs fois, et encore maintenant chez une hystérique agoraphobique de notre service, nous avons vu les crises d'hystérie provoquées directement par l'obsession ou la crainte comme elles pourraient l'être, en d'autres occasions, par une émotion quelconque. Nous avons observé le même fait chez un hystérique onomatomane.

Les impulsions se rencontrent aussi chez les hystériques. Mais il faut distinguer celles qui relèvent de l'hystérie elle-même de celles qui sont sous la dépendance de la dégénérescence mentale. A la vérité la distinction est moins aisée à faire qu'il ne pourrait sembler au premier abord. Quand on parcourt les observations qui figurent dans les derniers recueils médico-légaux, on en trouve bon nombre où le penchant au vol est mis sur le compte de la névrose. C'est particulièrement lorsqu'il s'agit du *vol aux étalages*, de Lasègue (vol dans les grands magasins, de Legrand du Saulle) que l'hystérie est mise en cause. Dans ces cas les circonstances qui portent à conclure à l'irresponsabilité sont aussi souvent les extrinsèques que les intrinsèques. Le fait que les inculpés ont dérobé quantité d'objets sans valeur, qu'ils les ont entassés chez eux sans nul souci du parti qu'ils en pourraient tirer et sans même songer à en tirer quelque parti, est un des arguments péremptoires qu'on invoque d'ordinaire, et à bon droit, pour montrer le caractère pathologique du vol. Il n'est pas rare de constater, en pareille circonstance, chez les coupables, des stigmates plus ou moins avérés d'hystérie. Cela a suffi à beaucoup d'auteurs pour penser qu'on avait affaire à l'un des modes de la criminalité hystérique. La conclusion est trop hâtive. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'à côté ou indépendamment des signes de l'hystérie, on relève souvent chez les délinquantes (car se sont ordinairement des femmes), des tares dégénératives plus ou moins accusées. Dans ces cas l'impulsion morbide ne nous paraît pas fort différente de celle à frapper qu'éveille chez certains dégénérés la vue des objets pointus ou tranchants.

L'une des variétés d'impulsion sur laquelle on a le plus discuté c'est l'impulsion au suicide. Naguère les hystériques étaient réputées pour simuler volontiers des tentatives de suicide, mais on les jugeait incapables de les réaliser. Plusieurs faits, notamment ceux rapportés par Legrand du Saulle, par

M. Pitres, par M. Gilles de la Tourette, par M. P. Janet, deux autres dont nous avons été témoins dans le service de M. Charcot, ne permettent pas de douter que ces tentatives soient souvent fort sérieuses. S'agit-il, dans ces cas, d'impulsions purement hystériques, ou faut-il, là encore, invoquer la dégénérescence ? La question est difficile à résoudre et il ne nous paraît pas logique de la trancher dans un sens absolu, comme l'a fait M. Colin. Il ne nous semble pas établi, comme l'a avancé ce dernier, que toutes les hystériques qui se sont laissé aller à des tentatives de suicide fussent des « dégénérées héréditaires ». Dans quelque cas au moins il paraît s'être agi d'hystérie pure. Il ne nous répugne pas de penser, avec MM. Ritti (1) et Pitres, que les hystériques obéissant à leur caractère mobile, puissent, sous l'influence d'une contrariété de peu de portée, se laisser aller à des impulsions instantanées et soudaines.

Quoi qu'il en soit, nous manquons d'un criterium sûr pour distinguer, dans la pratique, celles de ces impulsions qu'on doit rapporter à la dégénérescence et celles qu'il faut rattacher à l'hystérie. Le sujet vaut la peine d'attirer l'attention du Congrès. Théoriquement ne pourrait-on pas faire reposer la distinction sur la base suivante ? Les impulsions dégénératives sont durables ; chez le même sujet elles revêtent une forme presque toujours la même ; elles se manifestent chaque fois que surgit l'occasion qui est propre à leur éclosion. Les impulsions hystériques seraient, au contraire accidentelles, variables suivant les temps et les moments ; elles se développeraient en conséquence d'une idée fixe et, comme l'a observé Krafft-Ebing (2), elles dépendraient de circonstances accidentelles.

Nous avons cherché à résumer les idées sur le caractère et les tendances des hystériques qui se substituent davantage de jour en jour à celles qu'on s'en faisait il y a encore peu de temps. Le double effort qui a été fait d'une part pour rendre à la dégénérescence mentale ce qui lui appartient, d'autre part pour « réhabiliter » l'hystérique, nous semble louable à tous égards. Il convient de dire toutefois que cette tentative de

(1) Ritti. — Art. Suicide *in Dictionnaire encyc. des Sciences Médicales.*

(2) Krafft-Ebing. — *Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus.* 1893.

réhabilitation a peut-être dépassé le but. Expliquer par l'adjonction de la dégénérescence toutes les perversions instinctives des hystériques c'est se satisfaire trop aisément d'une solution simple. En fait, on ne peut dénier à l'hystérique une certaine tendance à la simulation. Telle affectée d'anurie, boit plus tard des urines afin de les vomir et d'ajouter à l'intérêt du symptôme qu'elle a présenté ; telle autre, polyurique, exagère son symptôme à l'aide du pot à tisane ; celle-ci cherche à induire le médecin en erreur en comprimant avec le bras la cuvette du thermomètre, afin de simuler la fièvre ; celle-là urinera du vin de Bordeaux qu'elle a soin d'ailleurs de distraire la nuit d'une armoire et de verser dans son vase de nuit ; une autre se piquera avec des aiguilles pour provoquer de prétendus stigmates. Ce sont là des traits que n'expliquent pas toujours des tares dégénératives constatables, et sur la signification et la portée vraie desquels il y a encore lieu de discuter.

IV.

DÉLIRE DE L'ATTAQUE.

Les attaques qui, on le sait, constituent une manifestation paroxystique très habituelle de l'hystérie sont souvent précédées, accompagnées ou suivies de troubles délirants.

Ces troubles ne sauraient donner lieu à des divergences d'interprétation, au moins quant à leur nature ; ils relèvent essentiellement et exclusivement de l'hystérie. A ce titre ils méritent de fixer tout d'abord l'attention.

Rappelons en premier lieu dans quelles circonstances et avec quelle physionomie ils se présentent en clinique ; ultérieurement nous aurons à rechercher quelle relation ils affectent avec le trouble psychique élémentaire qui caractérise la maladie. Nous jugeons utile d'en tracer ici une description détaillée qui a été souvent faite et qu'on trouvera, avec les développements qu'elle comporte, dans tous les traités sur la matière ; il suffira d'en reproduire une courte esquisse.

C'est dans la grande attaque, l'attaque type Charcot, qu'ils

se manifestent avec le plus de netteté (1). On les y trouve à la phase prodromique, pendant la troisième et la quatrième période de la crise.

Les troubles psychiques de la phase *prodromique* peuvent précéder l'attaque de plusieurs jours : à ce titre ils sont particulièrement intéressants à rappeler. Ils consistent d'abord en modifications du *caractère,* des *sentiments affectifs,* de *l'activité* et des *habitudes.* Les malades sont incapables de poursuivre leurs occupations, elles deviennent négligentes, n'ont plus souci de leur toilette ; elles s'irritent à la moindre contrariété ; elles paraissent inquiètes, soupçonneuses et jalouses ; elles ont, à l'égard de leurs compagnes, des mouvements de haine inexplicable ou des élans d'amitié inaccoutumée. Ordinairement tristes elles semblent absorbées par le souvenir d'événements pénibles ou se laissent aller à une gaieté insolite. Elles sont prises en même temps d'une agitation déréglée et maladive, renversent et brisent les objets qui sont à leur portée, se livrent à des extravagances, se précipitent nues hors de leur lit ou même de la pièce qu'elles habitent, quelquefois poussent des cris ou déclament des discours plus ou moins incohérents.

Elles peuvent aussi présenter des hallucinations : hallucinations de la vue de nature zoopsique, elles voient des chats, des rats, des corbeaux, des serpents, des araignées, noirs, gris, ou diversement colorés, qui viennent d'ordinaire du côté anesthésique ; hallucinations de l'ouïe : bruits variés, sons de cloches ou de fanfares, voix d'êtres connus ou imaginaires qui les appellent ; plus rarement des hallucinations de la sensibilité générale : sensation d'un baiser, d'une étreinte. Ces hallucinations sont diurnes et nocturnes, plus vives même la nuit que le jour.

Tous ces phénomenes persistent, nous l'avons dit, quelques heures ou même quelques jours ; ils prennent fin avec l'apparition de la *période épileptoïde* de l'attaque. On sait la ressemblance frappante que les phénomènes de cette période, avec ses phases tonique, clonique, de résolution musculaire, présentent avec ceux de l'attaque épileptique. Ce sont ici les

(1) Voir à cet égard P. Richer. — *Etudes classiques sur la grande hystérie*, p. 3, 2e édit. Paris, 1885.

manifestations motrices qui dominent; il y a perte de connaissance et absence au moins apparente de délire.

Durant la période *des contorsions,* des *attitudes illogiques* et des *grands mouvements* il n'en est plus de même. Ici, comme le remarque M. P. Richer, « la perte de connaissance n'est pas la règle. Il est, d'ailleurs, fort difficile de s'en rendre un compte exact. Mais à la façon dont la malade s'agite, lutte et cherche à déchirer et à mordre, il semble qu'elle n'ait pas perdu la notion du monde extérieur ». Du moins son esprit paraît-il déjà dominé par la préoccupation des incidents qui se passent dans un monde imaginaire. On est autorisé à le penser à la vue des efforts que font quelquefois les malades. En effet, elles déchirent, s'arrachent les cheveux, cherchent à mordre, poussent des cris de rage ou de véritables hurlements.

A la phase des *attitudes passionnelles* on est en plein délire. « La malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire. Là elle assiste à des scènes où elle joue souvent le principal rôle; l'expression de sa physionomie et ses attitudes reproduisent les sentiments qui l'animent; elle agit comme si son rêve était une réalité et, par la mimique expressive à laquelle elle se livre, ainsi que par les paroles qu'elle laisse échapper, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame qui se déroule devant elle, ou auquel elle prend elle-même une part active; son hallucination purement subjective devient, en quelque sorte, objective par la traduction qu'elle en fait.

Les hallucinations tantôt tristes tantôt gaies, assez souvent alternativement tristes et gaies, sont surtout des hallucinations visuelles, accessoirement des hallucinations auditives. Ajoutons, quoique nous devions y revenir par la suite, que le sujet en est puisé dans un incident passé de la vie de la malade, incident qui l'a plus ou moins vivement impressionnée, et qu'au réveil celle-ci, en général, se rappelle les principales péripéties de son rêve. On a justement insisté sur l'analogie que les troubles présentent durant cette phase avec ceux qui s'observent sous l'influence des intoxications, particulièrement de l'intoxication par l'alcool ou le haschisch.

On a donné à la quatrième et dernière période de l'attaque le nom de *période de délire.* C'est assez indiquer qu'ici les

conceptions délirantes sont le phénomène capital. Elles peuvent s'associer aux hallucinations qui s'observent et, avec des caractères analogues, à la quatrième comme à la troisième période. Mais le délire de cette dernière phase est surtout un délire de mémoire plutôt qu'un délire sensoriel. Les malades s'absorbent dans le souvenir de quelques-uns des événements de leur vie passée, particulièrement des événements impressionnants et pénibles; elles se plaignent de leur destinée, confient inconsciemment à l'entourage en un langage entrecoupé, triste et mélancolique, les peines, les tourments, les remords qui les obsédent. Elles ne sont pas absolument étrangères à ce qui se dit et se passe autour d'elles, mais elles rapportent à leur délire les paroles qu'elles entendent; elles sont pourtant susceptibles de recevoir des ordres, d'accepter des suggestions qu'elles exécutent avec une passivité relative (Charcot et Guinon). M. Richer a bien mis en relief les caractères distinctifs du délire des deux dernières périodes. « Si, dans les deux cas, dit-il, il y a conception délirante, dans l'un c'est le délire de la mémoire, dans l'autre c'est le délire de l'action. Dans la quatrième période la malade converse et raconte; dans la troisième elle agit. Ici de la mimique, des attitudes variées; là des paroles, des discours. Si la quatrième période se parle, la troisième se joue. Les hallucinations sont la raison d'être, la condition nécessaire, *sine quâ non*, de la troisième période, les attitudes passionnelles n'en étant en quelque sorte que la traduction objective; elles manquent, le plus souvent, dans la quatrième période et sont remplacées par des illusions ».

La description de la grande attaque telle que nous venons de la rappeler, bien qu'inattaquable au point de vue clinique, ne représente qu'un cas particulier et, dans sa forme complète et schématique, non le cas le plus fréquent des attaques hystériques. Charcot ne s'y était pas trompé et il se plaisait à insister sur les variétés et les formes dites incomplètes de la grande crise. P. Richer, sous son inspiration, a décrit avec soin ces formes incomplètes : nous ne nous attarderons pas à le faire après lui; mais, parmi ces dernières, il en est qui sont, au point de vue spécial qui nous occupe, particulièrement intéressantes; ce sont celles où les phénomènes moteurs s'atténuent ou s'effacent pour céder la place aux manifestations délirantes qui, en

s'isolant ou se prolongeant, prennent, dans le tableau clinique, la place exclusive ou au moins prépondérante.

Les faits de cet ordre ne sont pas rares. Moreau (de Tours) (1) en a rapporté plusieurs. On en trouvera des exemples nombreux dans l'ouvrage de M. P. Richer. M. Pitres (2) a consacré à l'étude de ces attaques de délire quelques pages intéressantes.

A ne les envisager qu'au point de vue symptomatique elles revêtent des physionomies différentes suivant que prédomine l'agitation (forme maniaque), les hallucinations (forme hallucinatoire), la concentration de l'esprit sur une idée fixe (attaque d'extase).

Cette variété d'attaque s'observe assez souvent chez les enfants particulièrement dans sa forme maniaque (Charcot) (3), Jolly (4), P. Blocq (5), Clopatt (6).

Il importe de nous arrêter sur les caractères généraux du délire de l'attaque, qui permettent de le différencier d'autres formes dites de délire hystérique qui en sont très voisines et cependant s'en distinguent.

On sait la place qu'y tiennent les hallucinations, particulièrement les hallucinations visuelles et zoopsiques, et l'analogie qui, de ce chef, rapproche le délire des attaques des délires toxiques, spécialement des délires alcooliques. Cette particularité est trop connue pour que nous y insistions.

Le délire des attaques, qu'il soit ou non accompagné de troubles moteurs, est un phénomène passager. Sa durée n'excède pas d'habitude quelques minutes, tout au plus quelques heures. Il est exceptionnel qu'il persiste un ou deux jours et, dans ces cas on a plutôt affaire soit à un de ces délires par idée fixe, soit à un de ces états somnambuliques dont nous parlons plus loin.

(1 Moreau (de Tours). — *La Folie névropathique.*

(2) Pitres. — *Loc. cit.* T. II, p. 283.

(3) Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1887-88, p. 199.

(4) Jolly. — *Ueber Hysterie bei Kindern.*

(5) P. Blocq. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 1889, p. 768.

(6) Clopatt. — *Etude sur l'hystérie infantile.* Helsingfors, 1888.

Voir aussi : Bourneville et Regnard *(Iconographie photographique de la Salpêtrière).* Ce précieux recueil renferme un grand nombre d'observations très intéressantes

Ce caractère a de l'importance, car il permet de différencier les troubles psychiques qui le caractérisent de certains délires maniaques ou partiels qui s'observent chez les hystériques, bien qu'ils soient, par leur nature, étrangers à l'hystérie.

Enfin le délire des attaques, au moins dans ses formes typiques, supprime ce qui reste de conscience au malade dans l'intervalle des crises. Il se rapproche ainsi du *somnambulisme* dont il diffère d'ailleurs par d'autres traits que nous ferons ressortir; il se différencie, au contraire, des idées fausses tenant à la pénétration dans le champ de la conscience de certaines parcelles *d'idées fixes* subconscientes.

Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que cet anéantissement de la conscience ne s'observe que dans les formes vraiment accusées de délire. On sait notamment que, pendant les prodromes et à la phase terminale de la grande attaque, l'esprit, tout en étant le jouet d'illusions et de conceptions fausses, n'est pas complètement étranger au monde extérieur. C'est ce qui fait que Moreau (de Tours) avait considéré la conscience du délire comme habituelle et caractéristique. Il suffit de se rappeler qu'au réveil les malades ont d'ordinaire oublié les détails de leur rêve morbide pour se convaincre que ce rêve est étranger à la conscience normale.

Comment faut-il comprendre et interpréter le délire de l'attaque d'hystérie ? Les notions les plus récentes permettent de l'envisager comme un rêve passager subordonné à une idée fixe. Qu'un incident heureux ou malheureux détermine une émotion vive, le souvenir de cet incident (comme l'incident lui-même au début) suffira à provoquer la crise. Plus tard, ce souvenir pourra disparaître du champ retréci de la conscience; mais, toujours présent dans la subconscience, il en surgira sous diverses influences à l'insu des malades et ramènera, à intervalles plus ou moins réguliers, la réaction émotionnelle qu'avait une première fois provoqué l'événement cause et ensuite le souvenir conscient de cet événement. L'attaque n'est, en effet, qu'une réaction émotionnelle provoquée par un souvenir conscient ou subconscient.

Cette réaction peut elle-même varier de forme suivant la cause qui l'a produite, les tendances et les habitudes du sujet, purement motrice dans quelques cas, intellectuelle et psycho-

sensorielle dans d'autres, à la fois l'une et l'autre chez la plupart des sujets. Quand elle revêt la forme intellectuelle et psycho-sensorielle, c'est-à-dire la modalité délirante, elle réalise une sorte de rêve plus ou moins actif, qui se substitue à la conscience normale, en laissant d'ailleurs, pendant un temps plus moins long, des traces de son passage dans le champ de cette conscience, quand celle-ci a fait sa réapparition (délire avec demi-conscience de la dernière période de la grande attaque).

V

DES IDÉES FIXES ET SUBCONSCIENTES DANS L'HYSTÉRIE ET DES DÉLIRES QUI S'Y RATTACHENT

On vient de voir que le délire de l'attaque est la traduction extérieure d'un rêve qui se reproduit de temps en temps, et se rattache à une idée fixe, c'est-à-dire au souvenir subconscient d'un événement qui a naguère plus ou moins impressionné la malade. Lorsque ce rêve a lieu (au moment où l'attaque se produit) il absorbe à son profit toute l'activité cérébrale et supprime la conscience.

Il n'en est pas de même de toutes les idées fixes : quelques-unes d'entr'elles peuvent provoquer l'éclosion de certaines idées fausses ou délirantes qui pénètrent dans le champ de la conscience, la troublent dans une certaine mesure, mais ne la suppriment pas.

Pour comprendre ce qui précède, il est nécessaire de rappeler brièvement ce que sont les idées fixes dans l'hystérie. Nous avons montré que les divers phénomènes psychologiques, sensations, souvenirs, idées, se répartissent chez l'hystérique en deux groupes : les conscients et les inconscients, ces derniers n'étant pas agrégés à la personnalité. Qu'une idée naisse, soit par suggestion, soit spontanément dans l'esprit du malade, sans arriver jusqu'à la conscience (et les idées de ce genre sont communes dans l'hystérie), elle constituera une idée subconsciente, c'est-à-dire que le sujet en ignorera l'existence, mais cette idée n'en sera pas moins susceptible de se traduire en acte à un moment donné. Nous suggérons à une hystérique de

venir, à une heure indiquée, prendre sur la table tel objet qui y est déposé, un encrier, par exemple ; elle oublie la suggestion, mais néanmoins, à l'heure dite, elle vient s'emparer de l'encrier. Elle le fait automatiquement, poussée par une contrainte dont elle ignore l'origine. Or, cette contrainte résulte de l'ordre que nous avons donné et qui s'était emmagasiné dans la mémoire subconsciente. La subconscience est ainsi un réceptacle d'idées plus ou moins nombreuses, spontanées ou provoquées, dont quelques-unes surgissent à un instant donné et déterminent des manifestations de différente nature. Divers troubles somatiques, les hypéresthésies, les paralysies, les contractures résultent de pareilles idées.

Il en est de même de certains tics, de certaines hémorrhagies. C'est aussi de cette façon que peut s'expliquer l'anorexie ; elle se rattache, en effet, à certaines préventions, à certaines défenses ou à des idées fausses dont les malades n'ont plus conscience, mais dont ils conservent néanmoins le souvenir inconscient. Le refus d'aliments est une conséquence qui se présente en clinique, isolée des antécédents qui l'expliquent. Par différents procédés qu'il serait oiseux de décrire ici (somnambulisme, écriture automatique, etc.) on arrive à reconstituer les diverses scènes dont l'anorexie est simplement l'épilogue.

Ce qui a lieu pour l'hyperesthésie, pour les tics, pour l'anorexie hystérique, a lieu aussi pour certains délires plus ou moins complexes, plus ou moins bien systématisés, plus souvent passagers que durables, dont l'étude est à peine ébauchée et mériterait d'être reprise par le détail.

Quand on parcourt les descriptions qui ont été tracées par les divers auteurs du prétendu *délire systématisé des hystériques*, descriptions en général remarquablement confuses, on est porté à penser que ces descriptions sont relatives à deux ordres de cas : les uns, les plus nombreux, dont nous parlerons par la suite, sont les délires de persécution, ambitieux ou mystiques qui ne se différencient pas par des caractères saillants de ceux qu'on observe couramment chez les dégénérés sans tares hystériques ; quelques autres semblent devoir rentrer dans la catégorie que nous avons ici en vue. L'étude de ces derniers a été jusqu'à ce jour peu fouillée ; les observations les

plus nettes que nous en ayons sont celles qui ont été rapportées par M. Pierre Janet (1).

On aura une bonne idée de ce que sont ces délires en envisageant les conceptions délirantes qui, à la suite des attaques, lorsque la conscience a reparu, persistent parfois à titre de souvenir du rêve qui a caractérisé ces dernières.

« Un certain soir, dit M. Paul Richer, Wit..., au sortir de ses attaques, accuse Gl... de lui avoir dérobé ses fleurs. Elle l'a vue, elle l'a prise sur le fait, il n'y a qu'un instant. Et nous sommes demeuré près d'elle tout le temps qu'à duré son attaque. Gl... n'a pas même paru dans la salle. Tous nos efforts n'arrivent pas à convaincre Wit... qu'elle est la victime d'une hallucination, Gl... est intimément persuadée qu'elle a vu Camille, elle serait prête à le jurer à la face du ciel et de la terre.

« Il y a là, ajoute le même auteur, un trouble mental fort intéressant, mais que nous ne faisons qu'indiquer ici. En effet, cette croyance à la réalité des hallucinations persiste parfois en dehors du temps des attaques. Nous en avons un exemple frappant dans Gl... qui croit à la réalité de son commerce avec Camille. Nous pouvons nous expliquer ainsi les dispositions de ces malheureuses qui, au temps de la sorcellerie, s'accusaient elles-mêmes avec tant d'audace et d'obstination, se vouant à la torture et au bûcher, plutôt que de renoncer à la croyance d'un commerce diabolique qui n'avait jamais existé que dans leur imagination. A une époque plus rapprochée de nous, la connaissance des faits que nous indiquons ici peut jeter quelque lumière sur le malheureux procès dont la Roncière fut victime en 1834. »

Mais les délires de la nature de ceux qui précèdent se relient d'une façon tellement évidente à l'attaque qui les a précédés, que leur interprétation ne présente pas d'ordinaire de sérieuses difficultés.

Il n'en est pas toujours ainsi. Un jeune homme de seize ans, que nous observons en ce moment, est affecté d'idées hypochondriaques : il prétend que son cœur bat mal ou ne bat plus, il accuse des douleurs vagues et diffuses qui sont bien évidemment imaginaires. Au premier abord, on pourrait penser qu'on

(1) *Des accidents mentaux de l'hystérie*, page 241.

est en présence d'un délire hypochondriaque de nature dégénérative. Mais une observation attentive montre que cet adolescent a de loin en loin des attaques qui se traduisent sous la forme de crises de sommeil. Au sortir de ces crises, les idées morbides sont plus vives, plus nombreuses; elles varient d'ailleurs à quelque degré à la suite de chaque attaque. Il ne nous semble pas douteux qu'elles soient la prolongation, après le retour de la conscience, d'un rêve ébauché pendant les crises.

Mais l'idée fixe n'exige pas, pour se développer, le concours de ces crises. Quelquefois elle prend naissance pendant le somnambulisme ; les faits de cet ordre sont bien connus, il serait superflu d'en citer de nombreux exemples. Ch..., un malade de notre service, qui a fait naguère un séjour à l'asile de Vaucluse pour de la « folie hystérique », est pris un matin d'une violente agitation. Il pleure, veut quitter l'hôpital, se débat violemment quand on veut le retenir. Il a dans une certaine mesure, l'aspect d'une agité maniaque. A un moment même, échappant à la surveillance, il franchit la grille de l'hôpital et on est obligé de le rattraper. Il crie si fort et s'agite avec tant de violence qu'on nous sollicite d'envoyer ce « fou » à Sainte-Anne. Il suffit d'endormir le malade pour avoir la clef de cette crise de folie furieuse (qui s'est reproduite à plusieurs reprises). Ch..., dans le somnambulisme, raconte qu'il a été, la veille, endormi par un autre malade, qu'on lui a suggéré l'idée d'insulter la surveillante, et c'est parce qu'il comprend l'inconvenance d'un pareil acte et qu'il ne peut ni s'y résoudre ni y renoncer délibérément, qu'il a pris le parti de quitter le service et de s'enfuir.

Dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, l'idée fixe naît spontanément provoquée par un incident quelconque de la vie journalière. Th.., observée par M. P. Janet, se dispute avec son mari ; il n'en faut pas davantage pour qu'elle prenne en haine le fils que celui-ci lui a donné. Inconsciente du mobile qui a fait naître chez elle ce sentiment coupable, elle s'en désole et exprime son affliction dans une lettre écrite à une de ses amies. La réconciliation avec le mari a ramené chez elle les sentiments maternels qui s'étaient effacés sous l'influence d'une cause dont elle ne se rendait pas compte.

Nous empruntons encore à M. Pierre Janet une observation

qui nous paraît particulièrement intéressante à cause de la complexité des idées délirantes et de leur durée. Ce cas mérite d'être rapporté en détail. « Daill..., âgé de trente-trois ans, est amené à la Salpêtrière, au mois de novembre 1891, dans un état lamentable. Il a la face couverte de sang et de croûtes séchées, car il se déchire la figure avec ses ongles ; il a les yeux hagards, les lèvres gercées, il ne peut marcher qu'accompagné et étroitement surveillé. Quand on l'abandonne à lui-même, il cherche à se sauver et il a déjà fait mille folies : il s'est jeté, les pieds liés ensemble, dans un marécage, ou bien il va se coucher sur les tombes au cimetière. Il répond mal aux questions précises, mais on comprend son délire au milieu de ses divagations. Il voit le diable devant lui, tout noir, avec des cornes et la figure grimaçante ; il entend un démon chuchoter à son oreille des menaces, des damnations, et des conseils pernicieux, comme : « Buvez du champagne, c'est la fin du monde » ; il sent un autre démon dans sa poitrine qui le force à prononcer des blasphèmes. Ce sont, comme on le voit, des hallucinations de tous les sens, compliquées par un délire impulsif et par des interprétations délirantes. C'est un beau délire de possession avec agitation maniaque subaiguë.

« Et cependant, dit M. Janet, je crois pouvoir démontrer, dans ce cas, qu'il s'agit d'un délire vraiment hystérique. Ce ne sont pas les stigmates qui me détermineront : le malade paraît insensible quand il s'égratigne lui même, ou quand on le pince, mais ce n'est pas une anesthésie indiscutable ; quand on attire son attention, on constate qu'il sent de nouveau. Ce qui nous paraît caractéristique, c'est l'évolution du délire et les caractères psychologiques qu'il présente aujourd'hui.

« Le malade appartient à une famille évidemment très tarée : le père était superstitieux et obsédé, le grand-père paternel a fait, à plusieurs reprises, des fugues difficiles à interpréter aujourd'hui ; la mère est faible d'esprit et très alcoolique, ainsi que la grand'mère maternelle. Daill..., a toujours été peureux et impressionnable, mais a toujours eu une conduite régulière ; marié de bonne heure, il a une fillette de sept ans qui se porte bien. Il y a un an, il est rentré d'un petit voyage sombre et préoccupé, il parlait peu et refusait d'embrasser sa femme et son enfant. La mauvaise humeur continua et il sembla, dit

sa femme, perdre la parole, car il faisait des efforts pour parler sans y réussir et écrivait ce qu'il désirait. Bientôt il parla un peu mieux, mais il eut des angoisses et des étouffements tels qu'il alla consulter plusieurs médecins. L'un diagnostiqua angine de poitrine, l'autre diabète. Peu rassuré, le malade refusa de quitter son lit et cessa de manger ; il restait immobile, parlait à peine et s'écartait toujours de sa femme et de son enfant. Un matin, sans prétexte, il se mit à éclater d'un rire satanique qui terrifia les assistants. Le rire se prolongea plusieurs heures et, depuis, le malade délire. Depuis six mois il ne parle que de démons, les voit, les entend, les sent en dedans de lui-même et commet mille folies.

« Tel est l'aspect extérieur du malade, c'est-à-dire les événements dont il a conscience et qu'il peut raconter lui-même quand on insiste. Eh bien ! ce malade délirant présente un autre état dans lequel il explique sa maladie d'une façon bien plus claire. Je ne puis raconter ici comment j'obtins des mouvements subconscients et même des écritures automatiques tout à fait curieuses. Le démon parlait dans ses écritures, comme les esprits dans les expériences spirites, et même refusait de m'obéir. Il cédait quand je le prenais par les sentiments de vanité, en lui demandant une preuve de sa puissance, et alors il déterminait des mouvements ou des hallucinations qu'éprouvait le pauvre délirant sans deviner leur origine.

« Ces actes subconscients ont pu être transformés en un somnambulisme. Naturellement le malade retrouva dans cet état tous les souvenirs et put nous expliquer les véritables phénomènes psychologiques qui avaient provoqué les différents symptômes si mal compris. Pendant son voyage, Daill..., s'était permis de tromper sa femme et était rentré bourrelé de remords et tourmenté par l'idée d'une maladie contagieuse. De là son mutisme et son éloignement de sa femme. Puis il avait rêvé qu'il était fort malade et qu'il mourait, période d'immobilité dans son lit. Enfin il s'était cru transporté dans l'Enfer au milieu des démons. A ce moment, le rêve subconscient avait grandi et provoqué des hallucinations dans la conscience normale. Les interprétations du malade avaient fait le reste et déterminé le délire. Nous n'avons pas à ajouter

ici qu'un état de ce genre était facile à guérir : en un mois de traitement, le diable était battu et se retirait définitivement.

« Je ne crois pas, ajoute M. Janet, que l'on puisse considérer un délire de ce genre comme un délire quelconque, identique à tous ceux des « dégénérés héréditaires. » Il a des caractères très spéciaux qui ont précisément été observés dans tous les accidents hystériques ; le délire a été produit ici par le même mécanisme qui amène chez d'autres malades des paralysies, des contractures ou des attaques. Des cas de ce genre ne sont pas rares : on trouve les mêmes caractères dans des mutismes, dans des anorexies, des mensonges, des haines, etc. Ce sont les délires que nous considérons nettement comme hystériques. »

Ces conclusions nous paraissent fort acceptables. Elles méritent, en tous cas, d'être discutées. On étiquette aujourd'hui trop aisément sous le nom de délires de dégénérescence tous ceux qui ne répondent pas à un type régulier et bien classé. Il sera intéressant de rechercher quelle peut être la physionomie, certainement fort variable, la durée possible des conceptions délirantes qui, chez les hystériques, se rattachent aux idées fixes subconscientes. C'est là, à coup sûr, l'un des côtés du sujet sur lequel il est le plus intéressant de fixer l'attention.

VI

LES SOMNAMBULISMES ET LES DÉLIRES SOMNAMBULIQUES.

Pour en finir avec les troubles mentaux qui ressortissent en propre à l'hystérie, il convient de dire quelques mots du somnambulisme *provoqué* et du somnambulisme *spontané*, le dernier se subdivisant lui-même en *noctambulisme* et *vigilambulisme*.

Le noctambulisme, ou somnambulisme nocturne, s'observe spécialement chez les enfants. On tend de jour en jour à l'envisager comme une manifestation de l'hystérie ; mais, comme il est assez spécial et n'a été jusqu'à présent qu'insuffisamment étudié, nous le laisserons de côté dans cette esquisse.

Cette réserve admise, tous les états somnambuliques

(exception faite pour l'automatisme ambulatoire des épileptiques qui constitue une variété bien à part), qu'ils soient spontanés ou provoqués, paraissent se rattacher à l'hystérie Si des divergences se sont produites, particulièrement en ce qui concerne le somnambulisme provoqué que certains auteurs (Bernheim, Beaunis, Liégeois) (1) considèrent comme un simple effet de suggestion, n'ayant avec l'hystérie aucun lien direct et obligé et n'affectant avec elle aucun rapport. On est généralement d'accord aujourd'hui pour reconnaître, d'une part la grande analogie qui existe entre le somnambulisme provoqué vrai et le somnambulisme spontané, d'autre part la parenté de ce dernier avec la névrose. Gendrin, comme l'a relevé Briquet, avait déjà noté que la plupart des somnambules sont des femmes hystériques. Cette opinion prévaut actuellement en France; c'était celle de Charcot et de ses élèves, c'est celle de Mesnet(2) et aussi de beaucoup d'auteurs étrangers : Strümpell, Breuer et Freud, Donkin. C'est celle qu'à soutenue M. Pierre Janet. Quelle que soit sur ces rapports éventuels et contingents, la manière de voir qu'on professe à cet égard, on ne saurait nier nier que les états somnambuliques dérivent du même trouble psychologique que l'hystérie.

Pour l'établir il est nécessaire d'envisager les cas dans lesquels le somnambulisme revêt sa forme la plus complète. Il constitue alors un état second au cours duquel l'individu présente les apparences d'un sujet normal : il voit, entend, marche, parle, raisonne, se souvient, combine et exécute des actes. Mais, au réveil, ou, si l'on préfère, après le retour à l'état habituel, le souvenir de toutes les pensées, de tous les actes

(1) « L'un des caractères les plus constants qui se manifestent chez les hystériques, c'est l'aptitude qu'ils présentent pour le développement spontané de la plupart des phénomènes que nous pouvons aujourd'hui produire artificiellement par la suggestion : catalepsie, anesthésie, hallucinations, illusion des sens, perversion des sentiments affectifs, somnambulisme, extase, etc. Ces phénomènes ne sont pas — selon l'école de Nancy — l'apanage exclusif des hystériques, mais chez eux ils se produisent spontanément, tandis que, chez les sujets sains — contrairement à la doctrine de l'école de Paris — ils peuvent être seulement suggérés » (Liégeois. — *De la suggestion*. Paris, O. Doin, 1889, p. 465).

(2) Mesnet. — *Le somnambulisme provoque et la fascination*. Paris, 1894, p. 3.

qui ont eu lieu pendant cette *condition seconde*, s'efface et disparaît. L'individu a donc, en réalité, deux vies séparées et indépendantes, deux personnalités alternantes qui s'ignorent l'une l'autre. Les cas célèbres de Mac-Nish, d'Azam, de Dufay sont des types du genre et on en a, depuis, cité bien d'autres.

Les périodes de somnambulisme succèdent quelquefois à des phénomènes qui constituent les germes d'une attaque : on pourrait alors les considérer comme répondant à la phase délirante de celle-ci. Mais, entre l'état somnambulique, au moins typique, et le délire post-paroxystique il y a une différence radicale. Comme l'observe M. Janet, dans les attaques le sujet se borne à exprimer son rêve ; il ne perçoit pas le monde extérieur, il ne s'y adapte pas ; dans le somnambulisme, au contraire, on constate un développement intellectuel plus considérable qui permet au malade de voir et d'entendre d'une façon consciente, de percevoir les impressions qui frappent ses sens et d'adapter sa conduite aux phénomènes environnants. « Une personne non prévenue, dit M. Binet (1), ne saurait pas reconnaître que le sujet est en état de somnambulisme ». Ce fait explique les actes coordonnés qu'accomplissent dans leurs fugues, quelquefois fort longues, les hystérisques affectés *d'automatisme ambulatoire*.

Comment peut-on s'expliquer ces vies en partie double, ces dédoublements de la personnalité ? Nous savons que ce qui caractérise l'hystérie c'est l'insuffisance de la perception personnelle, le retrécissement du champ de la conscience. Il y a, chez l'hystérique, en dehors de ce champ de conscience rétréci, une foule de notions, d'idées, de souvenirs qui restent dans le domaine de la subconscience. Ces notions, ces idées peuvent se coordonner en un système qui, sous diverses influences, se substitue aux notions et aux idées conscientes ; elles apparaissent alors au grand jour quand la conscience a été momentanément terassée par ce système nouveau.

Mais il ne faut pas perdre de vue que les phénomènes subconscients peuvent s'agréger en groupes multiples, de telle sorte qu'on assistera à l'alternance non plus seulement de deux,

(1) A. Binet. — *Les altérations de la personnalité*. Paris, Alcan, 1894, p. 4.

mais quelquefois de trois et quatre personnalités différentes. Aussi le mot dédoublement de la personnalité, appliqué aux états dont il s'agit, n'est-il pas parfaitement exact. M. Binet le remarque avec raison, il peut y avoir simple dédoublement, mais aussi morcellement du moi en plusieurs individualités successives et temporaires.

La connaissance de ces faits est indispensable si l'on veut saisir la caractéristique de certains états mentaux observés au cours de l'hystérie et s'expliquer les dissociations de la personnalité qu'on y observe si communément.

Du reste le somnambulisme ne se montre pas toujours à l'état parfait et avec les caractères que nous venons d'indiquer. Dans certaines circonstances la conscience normale, comme précédemment, se supprime, les malades tombent en léthargie ou en catalepsie. Leur esprit paraît momentanément anéanti ou bien il est occupé par une ou deux idées qui l'accaparent tout entier. Il serait oiseux, au point de vue qui nous occupe, de nous attacher à décrire ces états avec details.

Mais nous devons rappeler que certaines formes de somnambulisme diffèrent profondément du somnambulisme franc que nous avons indiqué en premier lieu, en ce sens qu'ils se compliquent de phénomènes délirants. Les impressions perçues, au lieu d'être exactement appréciées, deviennent le point de départ d'associations d'idées qui constituent un véritable rêve. Ces états sont fort analogues à ceux qui caractérisent la troisième période de l'attaque hystérique et, à vrai dire, comme le pensait Charcot, on est plutôt en présence d'une attaque réduite à sa période délirante que d'un véritable somnambulisme. Les cas de cet ordre doivent être mis à part et leur étude rentre plutôt dans celle des faits que nous avons précédemment envisagés à l'occasion de la description des crises.

Si nous jetons un coup d'œil en arrière nous voyons que tous les troubles mentaux que nous avons passés en revue, délire de l'attaque, idées fixes pénétrant dans le champ de la conscience, somnambulisme, résultent d'une sorte de conflit, effectif ou latent, qui a constamment lieu, chez l'hystérique, entre les phénomènes conscients et les subconscients. Ces derniers, dans l'attaque comme dans le somnambulisme, se

substituent complètement aux premiers, mais, au cours de l'attaque, les idées tournent dans un cercle étroit et s'organisent en une sorte de rêve, tandis que, dans le somnambulisme au moins parfait, l'activité mentale est assez compliquée pour rappeler l'activité consciente.

VII

LES FOLIES ASSOCIÉES.

Chez les hystériques, à côté des troubles mentaux qui relèvent directement de l'hystérie, il n'est pas rare d'en observer d'autres qui n'ont pas de relation, au moins directe et immédiate, avec la névrose. Nous avons insisté précédemment d'une part sur le rôle important que joue l'hérédité dans la genèse de l'hystérie et, d'autre part, sur l'association fréquente aux stigmates hystériques des tares dégénératives. On conçoit dès lors qu'il ne soit pas surprenant de voir, chez les hystériques, se juxtaposer aux troubles qu'elles présentent d'habitude, les divers délires que l'hérédité névropathique et vésanique et la dégénérescence peuvent faire éclore. Aussi bien lorsqu'on fait le bilan des délires qui ont été plus ou moins arbitrairement confondus dans le groupe confus de la folie hystérique, y trouve-t-on, conformément aux idées de Krafft-Ebing, des psycho-névroses (manie ou mélancolie) et des délires qui portent l'empreinte de la dégénérescence.

Ces variétés de folien e sauraient être plus longtemps confondues avec les manifestations propres de la névrose. C'est pour n'avoir pas su les mettre à leur véritable place dans le cadre nosologique que, jusqu'à ces derniers temps, les auteurs ont étendu outre mesure le domaine de la folie hystérique et surchargé étrangement sa description. Pour s'en convaincre, il suffira de parcourir le chapitre remarquablement confus où Schüle, à propos de folie hystérique, passe en revue la pathologie mentale presque entière

C'est qu'en effet il n'est pas une seule des formes de la folie qui ne puisse s'associer à l'hystérie. Parmi ces associations il en est quelques-unes que nous ne ferons qu'indiquer.

On sait combien il est fréquent de voir l'hystérie se juxtapo-

ser à *l'épilepsie*. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'hystéro-épilepsie qui, Charcot l'a montré, n'a rien à faire avec le mal comitial, mais des cas dans lesquels les troubles hystériques se mélangent, d'une façon plus ou moins intime, à ceux du *morbus sacer* le plus franc. On peut alors, chez la même malade, observer des délires épileptiques à côté des troubles cérébraux de l'hystérie.

On sait, d'autre part, combien, chez les hystériques, les *intoxications* sont communes. On y observe couramment l'alcoolisme, le morphinisme. le cocaïnisme. Qu'elles soient antérieures ou consécutives à l'apparition de la névrose, elles combinent leurs manifestations mentales avec celles de cette dernière affection.

Au cours de l'hystérie, on peut voir se développer des accès de manie ou de mélancolie, dont on a fait des *manies* et des *mélancolies hystériques*. Cette dénomination est-elle justifiée? c'est ce qu'il s'agit d'examiner. Il n'est pas douteux que le délire hystérique puisse, dans quelques cas, revêtir une physionomie qui le rapproche de la manie. Nous avons déjà indiqué que chez les enfants particulièrement, les réactions provoquées par le rêve qui représente la phase délirante de l'attaque, sont assez accusées pour qu'au premier abord on puisse penser qu'on est en présence d'un état maniaque d'autre nature. Mais, dans ces cas, la prédominance des hallucinations visuelles, les caractères du délire qui est surtout un délire de mémoire, sa courte durée, la constatation de quelques-uns des phénomènes moteurs qui se montrent d'habitude dans les crises hystériques complètes, permettront de reconnaître à quoi l'on a affaire.

Il n'en est pas toujours ainsi et, en dehors des accès maniaques transitoires que leur brève durée, sans parler des autres caractères, autorise à considérer comme des équivalents de l'attaque hystérique, on en voit d'autres d'une durée de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois, sur la nature desquels il est plus difficile de se prononcer. Moreau (de Tours) a rapporté des faits de cet ordre et on en trouve épars de ci de là, dans la littérature, un assez grand nombre d'exemples. « Ce qu'il faut savoir, dit M. Sollier (1), c'est qu'il y a une manie

(1) Sollier. — *Guide pratique des maladies mentales*. Paris 1893, p. 230.

hystérique qui peut durer plusieurs mois, qui guérit le plus souvent, mais qui, cependant, peut, quelquefois se terminer par de la démence précoce. La manie hystérique se manifeste par un besoin incessant de mouvement, non pas par une agitation incoordonnée, comme celle de la manie vraie, mais par des accès d'automotisme ambulatoire et des déplacements continuels. Les malades sentent souvent que leur accès va les prendre et en préviennent l'entourage. Les malades se livrent à des actes extravagants, ayant un caractère de malice, comme s'ils le faisaient exprès, et répètent aussitôt ce qu'on leur défend de faire ou de dire. Ils sont la contradiction perpétuelle. Souvent violents, quand ils ont des caprices qu'on ne veut pas satisfaire, ils frappent, déchirent, menacent. Ils sont exigeants, ont des accès de colère et paraissent toujours conserver la conscience de leurs actes. Cette persistance apparente de la conscience est un caractère très important. Mais, en réalité, ils n'ont qu'une conscience très vague de ce qu'ils font, car ils n'en conservent guère le souvenir une fois guéris. Ils aiment à se rouler par terre, à se coucher sous les meubles, à faire toutes les niches possibles à leur entourage. Leur délire est surtout un délire d'actes. Quant aux discours, ils ne sont que rarement incohérents et traduisent seulement une grande mobilité dans les idées et les volitions. »

Chez ces malades, suivant la remarque de M. Pierre Janet, on observerait, en outre, une succession rapide de rêveries variées, inspirées par les faits environnants ou rattachées à quelque obsession dominante.

Les faits de cet ordre sont, jusqu'à présent, difficiles à classer. Les rattacher sans autre forme de procès à la dégénérescence mentale, comme le propose M. Colin, c'est aller vite. Il serait utile de recueillir un certain nombre des observations qui s'y rapportent, d'en noter avec soin les détails et peut-être alors pourrait-on se faire sur leur nature une opinion précise dont, jusqu'à présent, les éléments nous font défaut. M. Sollier reconnaît qu'on ne saurait dire s'il s'agit dans l'espèce de manie développée chez un hystérique ou de crises hystériques à forme maniaque prolongée, et M. Janet ne nie pas que si ces faits se rattachent suivant lui à l'hystérie, ils constituent évidemment une transformation considérable de la maladie. La question

mériterait de fixer particulièrement l'attention du Congrès.

Les idées mélancoliques ne sont pas rares chez les hystériques. En dehors de l'état d'habituelle tristesse, dont nous avons déjà parlé et qui constitue le trait le plus saillant du caractère de certaines de ces malades, on constate chez elles des délires lypémaniaques transitoires qui se relient étroitement soit aux conceptions délirantes de l'attaque, soit à des idées fixes ou à des rèves. Mais, indépendamment de ces derniers, on voit quelquefois la mélancolie franche se développer sur un fond d'hystérie. Dans ce cas, le terrain modifie-t-il la physionomie de l'affection ? Krafft-Ebing, Schüle, qui décrivent une mélancolie hystérique, lui assignent certains caractères spéciaux : la prédominance de l'élément névralgique, les hallucinations, l'apparition fréquente de la sensation de constriction pharyngée, la permanence par delà le délire du tempérament hystérique tel qu'on le concevait naguère, avec la tendance aux exagérations, aux doléances excessives. Ce sont là des caractères très vagues. Les notions plus précises que nous possédons aujourd'hui sur la nature et la psychologie pathologique de l'hystérie permettront sans doute de mettre, dans un avenir rapproché, quelque ordre en ce chapitre où l'on semble encore avoir confondu ce qui relève directement de l'hystérie et ce qui lui est étranger.

Des considérations analogues sont applicables à certains états de *confusion mentale* qui, par leur longue durée, plusieurs semaines ou plusieurs mois, rappellent le syndrome décrit par Wille et dans ces derniers temps, en France, par Chaslin, Séglas, Hannion et quelques autres. Lorsque ces états s'encadrent entre des manifestations hystériques comme dans une observation de M. Janet (*Les Accidents mentaux*, p. 233), on est porté à les considérer comme une simple exagération de l'insuffisance de la synthèse mentale et de l'aprosexie qui se voient couramment dans l'hystérie. Mais c'est encore un point sur lequel il est difficile de se prononcer.

Les délires qui s'observent le plus communément chez les hystériques à titre de délires associés sont les diverses formes de *délire dégénératif*. Pendant longtemps on a attribué à l'hystérie certains délires partiels qui en sont tout à fait indépendants. Il suffira pour s'en convaincre de lire ce qu'a écrit

Maricé sur le délire hypochondriaque des hystériques, et surtout les chapitres consacrés dans certains ouvrages étrangers (Schüle, Krafft-Ebing), aux délires systématisés et à la paranoïa dans l'hystérie.

M. Colin s'est attaché à montrer que ces diverses modalités délirantes relèvent de la dégénérescence mentale. On trouvera dans sa thèse un bon nombre d'observations se rapportant à des cas de délire mélancolique, d'excitation maniaque, de délires de persécution, mystiques ou ambitieux qui se sont présentés, bien qu'associés à l'hystérie, avec des caractères identiques à ceux qu'ils revêtent quand ils se développent sur un terrain indemne de toute tare hystérique. Il n'y a aucun intérêt à rapporter ici des faits qu'on pourra aisément consulter à la source. Tous les aliénistes en ont d'ailleurs vu de semblables.

RÉSUMÉ

Après cette rapide revue des troubles mentaux qui peuvent s'observer chez les hystériques, nous croyons utile de résumer les points litigieux sur lesquels il nous paraît indiqué d'appeler plus particulièrement l'attention des membres du Congrès :

1° L'hystérie est-elle une maladie exclusivement mentale ? Définition psychologique de l'hystérie. Rôle du rétrécissement de la conscience dans la genèse des phénomènes hystériques.

2° Relations cliniques et psychologiques entre l'hystérie et la dégénérescence mentale.

3° Le caractère et les perversions instinctives des hystériques. Leur criminalité.

4° Les délires hystériques envisagés comme manifestations ou équivalents des attaques.

5° Les idées fixes et les idées subconscientes. Leur rôle dans la pathogénie de certains délires.

6° Y a-t-il une manie hystérique ? Caractères cliniques, formes diverses. Relations avec les attaques et les idées subconscientes.

7° La mélancolie, lorsqu'elle se développe chez les hystériques, affecte-t-elle des caractères spéciaux ?

8° Y a-t-il une confusion mentale hystérique? Ses caractères sa durée possible.

9° Les délires associés. Préciser leur importance et leur fréquence, Les distinguer des délires hystériques. Y a-t-il des caractères fixes symptomatiques ou psychologiques permettant dans tous les cas de faire cette distinction ?

Peut-être trouvera-t-on que nous avons élargi outre mesure le cadre de la question soumise au Congrès. Nous ne le pensons pas cependant. L'étude des rapports de l'hystérie avec la folie manquerait de base et perdrait à la fois son intérêt clinique et psychologique si on n'avait, au préalable, précisé autant que faire se peut les caractères des troubles mentaux qui ressortissent en propre à cette névrose. A la vérité, ces considérations préliminaires ne sont point étrangères à la question, elles sont même presque toute la question.

DISCUSSION DU RAPPORT

M. le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre. — En clinique, il faut toujours penser anatomiquement. Cette phrase favorite du docteur Charcot me sert d'exorde et sera ma réponse au travail que vient de nous exposer un de ses plus brillants élèves, M. le docteur Ballet ; ce sera aussi la conclusion des idées que nous a inspirées le sujet de son rapport

Mais peut-on penser anatomiquement en matière d'hystérie, alors qu'un des caractères de celle-ci, caractère négatif il est vrai, est de défier toute conception anatomique ; mais peut-on penser anatomiquement la sensation, l'intelligence, la volonté, alors que dans le plus récent résumé des travaux sur l'histologie des cellules cérébrales, Ramonay-Cajol affirme que l'histologie cérébrale, actuellement, ne permet aucune conclusion sur le rôle dévolu aux éléments anatomiques du cerveau dans le mécanisme de la pensée.

Rapprochons la formule du professeur Charcot et cette conclusion histologique récente et, à côté de l'apparence contradictoire de ces deux opinions, nous voyons surgir l'idée que le temps n'est pas encore venu de penser anatomique-

ment le mécanisme intellectuel, ni, par suite, ses désordres pathologiques.

La pathogénie véritables des troubles mentaux est encore à faire ; disons plus, elle n'est pas encore née.

Toutes les tentatives psychologiques, et je parle des plus récentes dont notre collègue et ami, M. le docteur Ballet, s'est fait le défenseur dans l'exposé si clair que nous venons de lire, ressemblent à s'y méprendre aux théories écectistes ou animistes autrefois en vigueur, pour expliquer les maladies des organes, des tissus et des humeurs; ces théories ont été d'autant plus réduites que l'histologie de structure et de fractions a fait plus de progrès, et les recherches du professeur Charcot sur les maladies de la moelle en ont été la plus retentissante consécration. Je dis sur les maladies de la moelle, je ne dis pas sur l'hystérie, car ce savant ne pourrait employer, dans l'étude de cette dernière, l'esprit de rigueur, de précision et de méthode qu'il avait apporté à la pathologie médullaire, et cela en raison même de l'absence d'anatomie pathologique.

Aujourd'hui que cette illustration n'est plus, il m'est plus facile de porter sur son œuvre une appréciation que je n'avais fait qu'esquisser dans ma communication du Congrès de la Rochelle sur les auto-intoxications dans les maladies mentales. C'est en affirmant, il y aura bientôt vingt ans, que l'hystérie ne devait pas être confondue avec la folie, que le Médecin de la Salpêtrière a réussi à enlever l'hystérie aux services d'aliénés de cet hospice, et c'est par l'etude même des hystériques que le fondateur de la neuro-pathologie est venu soutenir plus tard que l'hystérie consistait en un trouble mental caractérisé, comme l'a dit dans sa chaire un médecin psychologue, M. Paul Janet, et comme le soutient aujourd'hui avec son éloquence habituelle M. Ballet, consistait en un trouble mental caractérisé par une désagrégation des éléments de l'esprit et un retrécissemeut du champ de la conscience.

Eléments de l'esprit, champ de la conscience, comme avec de telles expressions nous sommes loin du cerveau! Aussi loin que les prés, les prairies, les plaines le sont des villes; nous sommes en pleine campagne et peut-être courons-nous ainsi le risque de la battre sans autre résultat qu'une fatigue inutile.

Si la folie, si l'hystérie ont été soustraites aux exorcismes

religieux, faut-il, à notre époque, nous exposer à les abandonner aux exorcismes des hypnotiseurs et aux élucubrations non moins dangereuses d'une psychologie dite expérimentale ?

J'ouvre le premier chapitre du travail de M. Ballet, dont le titre est : Qu'est-ce que l'hystérie ? définition clinique et psychologique. Le caractère du vrai talent, c'est la modestie, et le caractère de la modestie, c'est la simplicité et le laconisme dans l'expression de la pensée, Aussi M. Ballet, en six lignes, nous a représenté l'histoire clinique, nous prouvant une fois de plus sa valeur de clinique. Ces six lignes sont tellement vraies que je ne puis faire mieux que de les reproduire :

Troubles de la sensibilité générale et spéciale ;

Anesthésies, plaques hyperesthésiques ;

Désordres moteurs, paralysies, contracture ;

Tics, mouvements choréïques et tremblements ;

Certaines amnésies et aboulies ;

Crises de somnambulisme ;

Troubles vasculaires et trophiques.

Immédiatement, nous reconnaissons tous l'hystérie clinique dans cette simple énumération ; mais quand il s'agit de la description psychologique, mon esprit ,sinon celui de M. Ballet, s'enfonce et se perd dans le dédale labyrinthique de l'inconscient de l'idée, de l'idée subconsciente, de l'inconscient, du champ de la conscience, de l'aire ou de l'étendue de la conscience, de la faculté synthétique de la conscience, du moi, de la personnalité et, enfin des dissociations binétistes de cette même personnalité, qui n'est ni le moi, ni la conscience, mais qui l'est tout de même sans l'être.

Et nous nous ressouvenons involontairement des psychologues et de leur dextérite professionnelle à jongler avec des mots qu'il nous font prendre pour des idées, avec des idées qui ne représentent pas toujours, malgré leur affirmation, des faits ou des objets réels, et à imiter fallacieusement, dans leur procédés, ceux des géomètres qu'ils ont tous, par tradition, la prétention de copier ; mais ils diffèrent de ces derniers, qui n'opèrent jamais que sur des réalités, tandis que la caractéristique des psychologues est de commencer par se tromper eux-mêmes, en prenant les mots dont ils se servent pour des réalités qu'ils ne possèdent pas. J'en ai assez dit sur la psychologie, et je passe

au chapitre II : Association de l'hystérie avec la dégénérescence mentale.

Ici je suis moins à l'aise, car la théorie de la dégénérescence mentale, en tant que subordonnée à l'hérédité nerveuse, arthritique ou isolée, m'a paru toujours très contestable ; mais aborder cette question, ce serait introduire une autre discussion certainement importante dans la discussion primitive, et le temps ne me le permet pas. Je me borne à faire observer que le terme dégénérescence est devenu une panacée explicatoire pour avoir l'air d'élucider tout ce que nous ne connaissons pas et, en général, je me défie des panacées ; il sert aujourd'hui à expliquer, en apparence du moins, la prédisposition si chère à nos ancêtres qui, sous le nom de *pars minoris resistentiæ*, expliquaient en latin ce que nous sommes encore incapables d'expliquer en bon français. La superposition du symptôme psycho-sténique, terme nouveau qui voudrait dire symptôme dégénératif ou symptôme hystérique, nous entraînerait à comprendre les distractions, les négligences, les doutes, les hésitations, au nombre des troubles mentaux et, dès lors, à nous considérer tous comme des fous ou des dégénérés, assertion qu'aucun esprit sensé n'admettra pour lui-même, à moins d'être un suggestible ou un auto-suggestible.

L'hérédité ne suffit pas pour expliquer la dégénérescence mentale, car les troubles du caractère des hystériques que. dans son quatrième chapitre, M. Ballet attribue à la dégénérescence, ont surtout « réhabilité les hystériques ». Comme Charcot se plaisait à le répéter : ces troubles du caractère se retrouvent souvent en dehors de toutes hérédité morbide et même en dehors de toute dégénérescence ; d'autres facteurs, qu'on laisse trop dans l'ombre pour mieux faire ressortir la théorie à la mode interviennent bien plus puissamment, tels que l'imitation et ses conséquences, l'entraînement, l'éducation vicieuse, soit dans la sollicitude hypochondriaque de la santé des enfants, soit dans les mauvais exemples, les mauvais principes ou le mépris des vertus ; ce sont là les véritables causes des troubles du caractère que l'on ferait mieux d'appeler des vices, car le vice n'est que l'amplification de ces troubles prolongés du caractère. Chez les hystériques, il y a un trouble du caractère, prédominant, général. je dirais presque pathognomonique et que

M. Ballet a passé sous silence ; c'est le désir violent, persistant, de ne pas vouloir se discipliner au milieu dans lequel elles vivent, le désir toujours vif de se singulariser et de fixer l'attention sur leur petite personne.

Leurs troubles nerveux, sensitifs, moteurs, intellectuels, sont toujours, à notre avis, la conséquence de la non-satisfaction de leurs désirs chimériques, ou de la déception qu'elles éprouvent lorsqu'elles ne parviennent pas à fixer l'attention, la contemplation, la compassion ou la flatterie ; ce besoin extrême d'attirer l'attention explique les bénéfices de l'isolement, qui est leur véritable traitement ; car elles cessent de remuer leurs membres et leurs idées, quand elles acquièrent la certitude qu'on ne s'occupe plus d'elles.

M. Ballet a raison de dire que c'est une erreur de croire que les hystériques sont ordinairement érotomanes ; comme lui je crois qu'en général elles sont frigides ; en revanche, la coquetterie, le mensonge, qui se traduit surtout par la simulation, par les artifices de l'amour, sont leurs attributs naturels, et comme le vice se développe d'autant plus que leur esprit est plus rebelle à la discipline, au respect des conventions établies, à l'adaptation et est, au contraire, plus docile aux conseils de la vanité, je crois à la fréquence de la criminalité chez les hystériques, comme M. Ballet, mais non à la folie morale, parce qu'elles sont atteintes de dégénérescence mentale, comme l'a dit notre collègue. On est vicieux parce qu'on veut être vicieux et non parce qu'on est un dégénéré ou un hystérique. La folie morale est indépendante de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. Je partage l'opinion de M. Ballet sur l'émotivité des hystériques ; elles sont insensibles à tout ce qui ne les intéresse pas et rien ne les intéresse en dehors de l'attention qu'elles sollicitent, de leurs ambitions et de leurs désirs non satisfaits.

Je suis aussi avec M. Ballet quant à leur suggestibilité, tout en ayant soin de faire remarquer qu'elles acceptent de préférence les suggestions qui leur plaisent — je ne parle pas des suggestions hypnotiques. — Cette suggestibilité, rapprochée de leurs vices de caractère, est une raison de plus pour ne pas les excuser en cas de délits commis ; tous les êtres animés se nourrissent, mais à la condition de ne s'assimiler que ce qui convient à leurs tissus ; il en est de même pour l'assimilation

des idées. Le vicieux ne s'assimile pas les idées morales ; il n'est pas suggestible par elles ; elles sont plutôt un poison pour lui ; les hystériques sont souvent dans ce cas, ce qui explique la fréquence de leurs délits, ce qui peut expliquer en partie leurs tentatives de suicide, tout en tenant compte de leur émotivité particulière en cas de déception. Le chapitre V, sur les délires de l'attaque, malgré sa brièveté, est magistralement traité. Je me bornerai ici à répéter ce que je vous disais récemment à la Société médico-psychologique. L'amnésie d'un délire ne prouve pas que le sujet n'a pas eu conscience au moment où il délirait ; il peut avoir perdu le souvenir et de son délire et de son état de conscience, ainsi qu'en témoignent les amnésies traumatiques et surtout les amnésies antéro-rétrogrades. Je crois donc que l'ancienne opinion de Moreau (de Tours) reste vraie, que la conscience du délire est habituelle chez les hystériques, sinon constante.

J'ai trop peu étudié personnellement (et à cet égard j'ai toujours été très sceptique) les somnambulismes et les délires somnambuliques pour pouvoir m'être fait une opinion à ce sujet.

La théorie psychologique de l'idée fixe, sortie du domaine de la subconscience ou de l'inconscience, ne me séduit pas ; elle me brouille avec le peu que je sais de la sensation, de la comparaison, du désir et de la volonté ; si une idée peut exister sans avoir passé par le domaine de la conscience, j'avoue ne pas savoir ce que c'est que la conscience, ni ce que c'est que l'idée ; d'ailleurs M. Ballet ne nous a pas dit ce que c'est que la conscience, ce que c'est que l'idée ; restons médecins et laissons ces questions aux psychologues, cela les engagera peut-être à ne pas parler pathologiquement.

Quant à la question des formes de la folie hystérique, en dehors de celles des diverses périodes de l'attaque, je suis convaincu que l'hystérie peut simuler toutes les formes aiguës des maladies mentales, comme elle peut simuler grand nombre de maladies d'autres systèmes. Cette considération, que M. Ballet n'a pas assez mise en relief, peut autoriser à accepter avec plus de réserve qu'il ne l'a fait les folies associées et les délires multiples, La confusion mentale, la mélancolie, la manie hystérique existent ; je n'ai pas vu de démence pré-

coce hystérique ; la démence peut se rencontrer chez des hystériques, mais il sera toujours prudent de rechercher une autre étiologie à côté de ce facteur.

On a fait abus des formes mentales hystériques ; tous les troubles mentaux qui surviennent chez les hystériques ne sont pas toujours de cette nature.

Je terminerai ces réflexions en relevant à nouveau un fait que M. Ballet a nettement fait ressortir, à savoir la fréquence de la similitude entre certains délires hystériques et certains délires alcooliques, et si, au Congrès de La Rochelle, ma digression sur l'hystérie a été un peu longue, cela tient à ce que je soupçonnais déjà que l'hystérie pouvait tenir à une auto-intoxication cérébrale produite par la fatigue dans les cellules cérébrales épuisées.

M. Feré, dans sa pathologie des émotions, a accordé, dans la production de ces dernières, une grande part aux troubles de la nutrition. Peut-être y aurait-il lieu de s'orienter de ce côté, et la théorie des auto-intoxications permettrait-elle de concevoir de nouveaux rapports entre l'hystérie et les folies.

Cependant si penser anatomiquement est bien, ne pas se lancer trop loin dans le domaine de l'hypothèse est encore mieux. C'est ce qui m'engage à terminer en vous priant, mes chers collègues, si j'ai péché anatomiquement ou intellectuellement, de vouloir bien m'accorder votre indulgence habituelle.

M. Joffroy. — La distribution tardive du rapport sur les relations de l'hystérie et de la folie ne m'a qu'à peine laissé le temps de le parcourir et je n'ai pu donner à l'étude de cette question la réflexion qui serait nécessaire pour aborder comme il conviendrait ce problème difficile. Ce sera l'excuse du peu de développement que je donne aux observations que je vais faire.

La question que nous avons à discuter aurait tout aussi bien pu se poser en d'autres termes et s'intituler, par exemple : *Des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale*, et notre rapporteur, dans son remarquable travail, semble, du reste, s'être placé sur ce terrain.

C'est qu'en effet il est très fréquent d'observer l'association de l'hystérie et des nombreuses formes de la dégénérescence mentale, comme l'ont plus spécialement démontré MM. Ballet,

Marquezy, Tabaraud et Roubinowitch. Et, de ces travaux, on peut conclure que l'hystérie se développe habituellement sur un terrain dégénéré. Mais ce n'est là qu'une partie de la question et il y a lieu de se demander si l'hystérie elle-même n'est pas une des modalités de la dégénérescence.

Tout d'abord, il est bien certain que les limites de l'hystérie sont difficiles à préciser et les états qui lui confinent sont précisément des manifestations variées de la dégénérescence : tantôt ce sont des perversions des instincts, de la dépravation des goûts, de l'excentricité, des monomanies, etc. Mais la coexistence de ces accidents de dégénérescence et de l'hystérie ne contitue pas une preuve que l'hystérie soit elle-même de la dégénérescence, et l'on ne peut trouver dans cette association qu'une présomption en faveur de la nature dégénérative de l'hystérie.

Un motif d'une grande valeur se trouve, dans ce fait, mis à bon droit en relief par le rapporteur, que les syndromes de dégénérescence et l'hystérie ont tous pour facteur étiologique principal la prédisposition héréditaire, et de la communauté d'origine on est presque logiquement porté à conclure à la communauté de nature.

Dans son rapport, très documenté, M. Ballet fait, du reste, et à juste titre, remarquer que les troubles hystériques et dégénératifs ne sont pas seulement reliés par une communauté d'origine, l'hérédité, mais que « l'on ne peut se défendre de penser que les deux ordres de phénomènes sont régis par des altérations du mécanisme mental très analogues sinon identiques les unes aux autres ». Cette altération du mécanisme mental, bien mise en lumière par Charcot, par M. Pierre Janet et qui a été très clairement exposée par le rapporteur, consiste essentiellement dans la pénétration des idées subconscientes dans le champ de la conscience qui se trouve envahi, annihilé et comme effacé. Mais cette altération du mécanisme mental n'est pas spéciale à l'hystérie, et on l'observe également dans nombre de troubles mentaux que nous n'hésitons pas à rapporter à la dégénérescence mentale, par exemple dans les impulsions. De sorte que :

a) L'hystérie et les manifestations indiscutables de la dégénérescence mentale se rencontrent fréquemment chez le même malade;

b) L'hystérie et la dégénérescence mentale ont le même facteur étiologique principal : l'hérédité ;

c) L'hystérie et les principales manifestations de la dégénérescence mentale sont régies par des altérations identiques du mécanisme mental.

C'est pour ne pas avoir compris cette vérité que les auteurs ne sont pas tombés d'accord sur le caractère des hystériques : les uns voulant que les hystériques soient menteuses, fourbes, perverses, érotomanes, etc., et les autres protestant contre ce tableau trop chargé et voulant réhabiliter l'hystérique. La vérité est qu'en dégénérescence il y a des degrés et que pour être hystérique on n'a pas fatalement des instincts pervers, des goûts dépravés, des idées bizarres et des impulsions aux actes délictueux, mais dans nombre de cas cela existe et les descriptions faites par Tardieu, Falret, Schule, Axenfeld et Huchard, Legrand du Saulle, etc., etc., ne sont alors que l'expression de la vérité.

On peut bien dire que ce n'est pas là de l'hystérie, mais ces malformations du caractère existent là au même titre que l'hystérie et sont, comme elle, des tares de dégénérescence.

En résumé, je pense que ;

1° L'hystérie est l'une des formes de la dégénérescence mentale ;

2° Sur ses confins l'hystérie se confond avec certaines manifestations dégénératives, sans qu'il soit conforme aux faits de placer entre elles une limite précise ;

3° Il y a lieu, en clinique, de conserver à l'hystérie son individualité et de la distinguer autant que possible des autres modalités de la dégénérescence ;

4° Pour cela, il convient de n'accorder la dénomination d'hystériques qu'aux accidents qui se rattachent ou dérivent directement de l'attaque d'hystérie complète ou fruste ou d'une autre manifestation indubitablement hystérique, telle que le somnambulisme spontané.

M. Pitres (de Bordeaux). — J'ai observé récemment une malade qui a présenté sa première crise d'hystérie à la suite d'un accident de voiture qui faillit coûter la vie à son enfant. A partir de cette époque cette femme fut sujette à des attaques

au cours desquelles elle voyait son enfant mort, couvert de sang, etc. Ce fait prouve donc une fois de plus, ainsi que l'a dit M. Ballet, que les délires de l'attaque hystérique ne sont que la reviviscence d'une émotion antérieure. A l'état de veille, au contraire, aussi bien que dans l'état hypnotique, cette femme pouvait raconter l'accident qui lui avait causé une si vive impression, sans angoisse ni terreur.

Pour guérir cette malade je lui suggérai à l'état hypnotique de se souvenir, lorsqu'elle sentirait venir sa crise, que son enfant n'était pas mort, qu'il ne courait aucun danger, etc. Cette suggestion réussit à merveille et, à partir de cette époque les crises et les phénomènes hallucinatoires qui les accompagnaient disparurent.

Cette malade conservait cependant un certain nombre d'accidents de nature hystérique, mais indépendants de ses crises, tels que céphalée, palpitations, arthralgies, etc., etc., dont j'essayai de la débarrasser par la suggestion impérative, simple. J'échouai complètement ; modifiant alors ma manière de procéder, je parvins à la guérir en lui suggérant des rêves. De ceux-ci elle ne gardait aucun souvenir au réveil, d'où je conclus, ce qui vient encore à l'appui des idées défendues par M. Ballet, que les phénomènes subconscients sont capables de retentir sur la conscience et d'imprimer à l'organisme une série de modifications physiologiques ou pathologiques du plus haut intérêt.

M. Régis. — M. Ballet a cherché, suivant l'expression de Charcot, à réhabiliter les hystériques. Il ne va pas jusqu'à nier que les hystériques aient des perversions du caractère et des instincts, mais pour lui ces perversions, moins communes qu'on ne l'a dit, n'appartiennent pas à l'hystérie, elles relèvent de la dégénérescence qui coexiste souvent avec elle. Il y a là, à mon sens, une exagération évidente. Tout d'abord, est-il vrai que les perversions soient rares chez les hystériques ? Je ne le crois pas, car tous les jours on en rencontre des exemples significatifs. En voici un qui me paraît topique :

J'ai vu récemment à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade qu'on supposait être atteinte de méningite et qui présentait depuis plusieurs semaines ce phénomène sin-

gulier d'une température au-dessus de 41°. Devant la persistance de cet état qui résistait à tous les traitements, on commençait à se demander déjà s'il ne serait pas utile de recourir à une trépanation.

Quand je vis la malade pour la première fois, la visite venait de finir. Nous restâmes auprès d'elle après lui avoir placé le thermomètre dans l'aisselle. Pendant que nous attendions la montée du thermomètre, la malade était inquiète, souffrante, répondait d'un air maussade à nos questions. Nous retirâmes le thermomètre au moment voulu; il était monté seulement à 38°; alors que quelques instants auparavant il avait marqué 41°. Placé dans le vagin, malgré l'impatience de la malade qui s'agitait visiblement, le thermomètre se maintint aux environs de la normale. Les soupçons étant éveillés, l'interne de service constata le soir même la supercherie et la malade, vexée, ne tarda pas à quitter l'hôpital. J'appris alors qu'elle avait été précédemment dans un autre service pour hystérie.

Voilà un fait qui, ce me semble, ne peut laisser place au doute. On en pourrait citer d'autres qui prouveraient une fois de plus que la perversité des hystériques existe. Mais cette perversité appartient-elle à l'hystérie ou relève-t-elle de la dégénérescence? C'est cette dernière opinion que soutient M. Ballet en admettant que la dégénérescence coexiste fréquemment avec l'hystérie.

Il est possible que l'idée de M. Ballet réponde à une réalité nosologique, mais où sont les preuves? On a dit qu'un très grand nombre d'hystériques n'ont jamais présenté de perversions tandis qu'on les rencontre, au contraire, journellement chez les dégénérés simples qui ne montrent aucun stigmate d'hystérie. Cela est vrai, mais ce qui est plus vrai encore, c'est que les perversions des hystériques affectent un caractère spécial et qui leur est propre. Je le demande à M. Ballet lui-même; lorsqu'on lui apprend qu'une malade fait ce qu'on me permettra d'appeler « le coup du thermomètre » dans les conditions que j'indiquais tout à l'heure, se borne-t-il à déclarer qu'il s'agit d'une dégénérée? Lorsqu'une femme aura inventé des histoires romanesques, compliquées, bien que toujours vraisemblables, où jouent surtout un rôle les mystères de naissance, les secrets

de grande famille, etc (cas publiés), dira-t-il encore que cette femme est une simple dégénérée ? Je n'ose le croire, mais, pour ma part, je n'hésiterais pas, non à affirmer, mais tout au moins à soupçonner l'hystérie.

On peut donc soutenir qu'il y a une perversité fréquente et souvent typique dans l'hystérie et que cette perversité dépend ou de l'hystérie elle-même ou du caractère spécial que l'hystérie imprime à la dégénérescence concomitante.

Un autre point du rapport de M. Ballet que je tiens à relever, mais alors pour l'approuver, c'est celui qui a trait à l'analogie du rêve et qui joue un grand rôle dans les phénomènes hystériques, surtout dans les phénomènes mentaux. Mais les hystériques n'ont pas la spécialité de ces délires qui paraissent dépendre de rêves. Le délire des alcooliques, comme le disait Lasègue, n'est pas un délire, mais un rêve.

On trouve des délires analogues dans les auto-intoxications. Je poursuis depuis longtemps l'étude clinique du délire dit fébrile ou infectieux et j'ai été frappé de ce fait que ce délire est une sorte de rêve allant depuis le rêve immobile et muet jusqu'au rêve d'action en passant par le rêve simplement parlé. Comme le rêveur hypnagogique, le malade, si gravement atteint qu'il soit, fait entrer la réalité ambiante dans sa conception hallucinatoire, et si vous le secouez ou si vous lui adressez une brusque interpellation, il revient à lui, vous répond correctement, puis retombe aussitôt dans sa fantasmagorie, absolument comme le rêveur qu'on arrache à son sommeil ou l'alcoolique à son délire.

Tous ces états sont des empoisonnements par des voies différentes de l'organisme; il semble que le délire du rêve soit comme la caractéristique des intoxications et que, par ce côté-là, encore, l'hystérie peut être considérée comme une intoxication ainsi que certains auteurs l'ont soutenu.

Tels sont les deux points du rapport de M. Ballet à propos desquels je désirerais présenter quelques réflexions. Je parlerai à peine de la *folie hystérique*. Je crois, pour ma part, que les hystériques sont susceptibles d'être atteintes d'une folie véritable, peut-être moins fréquemment qu'on ne pense et que cette folie peut revêtir chez elles, par suite du terrain sur lequel elle se greffe, certains caractères plus ou moins spéciaux dont

les principaux sont peut-être la persistance au milieu de la perturbation psychique la plus desordonnée en apparence, de la conscience, de la lucidité, du retour brusquement possible â l'état normal, qui paraissent ne jamais se perdre, pour ainsi dire, dans l'hystérie.

M. Falret (de Paris). — Je ne discuterai pas la question de savoir si l'hystérie est distincte de la dégénérescence mentale, comme le veut M. Ballet, ou si elle n'en est qu'une modalité, comme le soutient M. Joffroy, pour la raison que je repousse complètement la théorie de la dégénérescence. Je me contenterai d'aborder un seul point un peu laissé dans l'ombre par M. Ballet, je veux parler de la *manie hystérique*. Le rapporteur semble mettre en doute l'existence de cette variété de folie ; je ne partage pas sa manière de voir et je crois, au contraire, qu'il est, en général, assez facile de distinguer un maniaque hystérique d'avec un maniaque simple. Dans la manie hystérique il y a une semi-lucidité qui n'existe jamais dans la manie simple ; en outre, le délire des actes et les perversions sensorielles sont beaucoup plus prononcées dans cette dernière forme mentale que dans la seconde.

M. Vallon (de Villejuif). — L'existence de la manie hystérique était admise autrefois par Lasègue ; pour la différencier de la manie commune, cet auteur disait que le langage d'une maniaque hystérique était beaucoup moins télégrammatique, beaucoup moins hâché que celui d'une maniaque simple. Mes propres observations m'ont prouvé la justesse de cette remarque ; je suis donc disposé à soutenir, avec M. Falret, qu'il existe une manie hystérique reconnaissable à des caractères particuliers.

M. Gilbert Ballet. — Je ne voudrais pas prolonger outre mesure cette discussion ; je crois cependant devoir répondre brièvement à quelques-unes des observations ou des objections qui viennent d'être faites.

Tout d'abord M. Charpentier me permettra de lui dire que je n'ai pas parfaitement saisi le sens ni la portée de ses critiques. Je ne vois pas ce que la psychologie contemporaine, aussi rigoureuse, ce me semble, dans ces procédés et sa

méthode que ne l'est aucune autre science, a de commun avec les ingénieuses mais stériles hypothèses de l'animisme et du vitalisme. Que M. Charpentier veuille bien relire mon rapport avec plus d'attention, et j'ose espérer (est-ce présomption de ma part ?) qu'il reconnaîtra lui-même avoir porté la discussion sur un terrain différent de celui où je me suis placé.

Quant à M. Joffroy, il vient d'afficher un radicalisme qui n'a pas été sans me surprendre, et d'émettre une doctrine que, pour plusieurs raisons, il m'est impossible d'accepter. Elargissant le cadre, déjà bien vaste pourtant, d'aucuns disent trop vaste, de la dégénérescence, il y a fait rentrer résolûment l'hystérie. Si M. Joffroy se fût borné à faire ressortir la parenté, la coïncidence fréquente des deux états, certes je n'eusse pas protesté. Dans mon rapport et bien avant, dans les thèses de plusieurs de mes élèves, comme il l'a, du reste, bienveillamment rappelé, je me suis attaché à mettre en relief cette parenté. Sa réalité me semble indéniable ; mais ce n'est pas là une raison suffisante pour confondre la dégénérescence et l'hystérie ; la dégénérescence est un état congénital qui se traduit soit par une débilité, soit par une déséquilibration mentale originelle; l'hystérie, précoce ou tardive, est une maladie dont les signes n'apparaissent qu'à une époque plus ou moins avancée ds l'existence. M. Joffroy le sait si bien que, pour les cas qui ne se révèlent que pendant l'adolescence ou l'âge adulte, il admet antérieurement l'existence d'une « dégénérescence à l'état latent ». Il confond ainsi les deux mots : dégénérescence et prédisposition. Or, cette confusion le conduit à parler un langage tout autre que celui couramment en usage en pathologie mentale. Tous les aliénistes sont, en effet, d'accord, à l'étranger comme en France, pour accorder aux deux termes une signification clinique fort différente : que, sous l'influence d'une hérédité vésanique plus ou moins lourde, une femme fasse, à la puberté, ou, plus tard, à l'époque de la ménopause, un accès de mélancolie, sans avoir jamais présenté, en dehors de ses accès, ce qui est fréquent, aucune anomalie psychique notable, on en fera une prédisposée; personne ne songera à dire qu'il s'agit d'une dégénérée ; n'en sera-t-il pas de même de certains des individus affectés de délire de persécution à évolution systématique qui, bien qu'héréditaires à un degré plus ou moins

accusé, se montrent normaux jusqu'au jour où apparaissent les premières manifestations délirantes ? Je crois inutile de citer d'autres exemples. Dire que la dégénérescence et la prédisposition sont même chose, c'est méconnaître une distinction que la clinique n'a pas établie sans peine ; la prédisposition est un élément *étiologique* qui domine l'histoire de la plupart des vésanies, la dégénérescence est un *état*, une manière d'être de l'individu : telle est du moins la signification de ces deux mots dans la nomenclature actuelle, et je crains qu'en parlant un langage nouveau (qui serait un retour à une confusion ancienne), M. Joffroy s'expose à ne pas être compris.

Je ne saurais, d'ailleurs, admettre, avec M. Joffroy, que l'hérédité, c'est-à-dire la prédisposition, soit la cause nécessaire de l'hystérie. Des faits nombreux me paraissent établir que cette névrose peut se développer de toute pièce, sous l'influence de circonstances accidentelles dont la puissance d'action doit être, cela se conçoit, en raison inverse de la susceptibilité morbide des sujets. Les dégénérés présentent à un haut degré cette susceptibilité; ils deviennent hystériques plus aisément que d'autres. Cela ne prouve nullement que l'hystérie soit une maladie de dégénérescence. Ainsi formulée, la proposition me semble contredite par beaucoup de faits.

Je suis heureux que M. Pitres nous ait apporté son intéressante observation, qui met bien en relief le rôle des idées subconscientes dans la genèse des délires hystériques, et qui nous montre que ces idées subconscientes peuvent dériver d'un rêve, comme divers auteurs, et notamment M. Féré, l'avaient déjà fait ressortir.

M. Régis m'a reproché d'avoir trop réhabilité les hystériques ; qu'il veuille bien parcourir à nouveau mon rapport, et il verra qu'au sujet de cette réhabilitation, j'ai fait un certain nombre de réserves. Mais, si je suis resté dans le doute en ce qui concerne la nature de certains actes de simulation, de certaines tendances au mensonge et à la supercherie, j'ai tenu et légitimement, je pense, à établir une distinction nette entre l'état mental des hystériques et la folie morale qu'on lui a naguère indûment rapportée. M. Régis a procédé par questions ; qu'il me permette de lui en poser une à mon tour : Voici un enfant qui, dès le bas âge, manifeste des instincts

pervers, il est méchant avec ses frères, sans affection pour ses parents; plus tard il est, au collège, élève indiscipliné, se fait mettre à la porte des établissements où il est placé; sa conduite, quand il a atteint l'âge d'adulte, est une suite de frasques, de mensonges, d'actes incorrects ou délictueux. Le jour où M. Régis rencontrera cet individu dans son asile, à l'occasion d'un accès d'excitation maniaque ou de délire alcoolique, car c'est d'ordinaire l'excitation maniaque où l'alcoolisme qui l'y amène, il ne songera certainement pas à en faire un hystérique. Eh bien! qu'il veuille se rappeler qu'il y a peu d'années encore, pour peu que ce déséquilibré à instincts pervers fût une femme, on avait une fâcheuse tendance à lui appliquer la désignation d'hystérique. Les rapports médico-légaux et les observations de nos devanciers immédiats en font foi. Il n'était, ce me semble, ni inutile ni illégitime de marquer la différence profonde qu'il y a entre l'hystérique et la simple dégénérée.

Nous avons tous écouté avec une vive curiosité et un grand intérêt la magistrale description que vient de nous tracer M. J. Falret de la manie hystérique. Or, Messieurs, n'avez-vous pas été frappés avec moi de l'indécision qui existe encore dans les signes cliniques de l'affection ? M. Vallon a rappelé le caractère distinctif que Lasègue invoquait pour la séparer des autres espèces de manies : en réalité, ce caractère n'est pas autre que celui qui permet de distinguer l'excitation maniaque de la manie franche. Si, en l'état des choses, un tableau de la manie hystérique pouvait être tracé avec des contours arrêtés d'après les seuls renseignements de la clinique, M. Falret nous l'eût apporté complet et décisif; nul, en effet, ne serait mieux à même de le faire que ce savant maître. Si donc sa description laisse à désirer, c'est que le sujet ne se prêtait pas à mieux. Aussi, tout en m'associant sans réserve à la protestation qu'il vous a fait entendre en faveur des droits de l'observation, je ne puis me défendre de croire que la question litigieuse ne sera bien et dûment résolue que grâce à cette psychologie pathologique que M. Charpentier n'aime pas, mais qui me semble pourtant appelée, non à supplanter, mais à éclairer d'un jour nouveau la clinique de l'hystérie.

DES RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE LA FOLIE

Séance du 7 Août (matin).

PRÉSIDENCE DE M. PIERRET.

(Suite de la discussion.)

M. MENDELSSOHN (de Saint-Pétersbourg) défend, contre l'opinion de quelques membres du Congrès, l'importance de la méthode psycho-physiologique en clinique mentale et nerveuse. Il admet, avec M. Ballet, la nature et l'origine psychique de l'hystérie et croit que si, dans l'hystérie (comme cela a lieu presque toujours), les symptômes convulsifs et viscéraux disparaissent au moment où la maladie mentale se déclare, c'est parce que le cerveau, envahi par le trouble mental, ne possède plus le dégré d'activité nécessaire pour élaborer et extérioriser les symptômes morbides de l'hystérie.

M. JOFFROY. — M. Ballet ne veut pas admettre que l'hystérie ne soit qu'une modalité de la dégénérescence ; l'hystérie, selon lui, peut exister chez des sujets indemnes de tout stigmate dégénératif. Ce n'est pas là, je crois, une raison suffisante pour rejeter l'existence de la dégénérescence. Comme la prédisposition, celle-ci peut exister à l'état latent. En effet, lorsque sur vingt femmes qui sont soumises à la même émotion, j'en vois une seule devenir hystérique, il me faut nécessairement admettre, même en l'absence de toute tare névropathique constatable, que cette femme était différente des autres, en un mot que c'était une prédisposée chez laquelle la dégénérescence mentale existait à l'état latent.

M. BRISSAUD (de Paris). — La divergence des opinions soutenues par MM. Joffroy et Ballet tient, je pense, à ce que tous les auteurs ne donnent pas au mot de dégénérescence la même

signification ; les uns lui accordent une valeur symptomatique, les autres une valeur étiologique. M. Joffroy confond, volontairement je crois, deux choses absolument différentes ; la prédisposition et la dégénérescence. On peut admettre à la rigueur l'existence d'une prédisposition latente, lorsqu'à la suite d'un traumatisme par exemple, on voit un sujet, jusque là bien portant, présenter des manifestations hystériques. Mais un état dégénératif dont la connaissance est fondée sur un ensemble de caractères somatiques appréciables ne peut être latent ; s'il est latent c'est qu'il n'existe pas.

M. Joffroy. — Si M Brissaud veut se donner la peine de parcourir les observations d'hystéro-traumatisme qui ont été publiées, il verra que, presque toujours, on a noté chez ces malades l'existence d'un ou de plusieurs stigmates de dégénérescence ; je suis donc autorisé à affirmer qu'il n'y a guère que les dégénérés qui, sous l'influence d'un traumatisme, soient susceptibles de présenter des accidents hystériques.

M. Pitres. — Il n'est pas douteux que les sujets qui deviennent hystériques au moment de leur puberté ont presque tous présenté dès leur plus tendre enfance un certain nombre d'accidents nerveux ; crises de hoquets, quintes de toux, attaques syncopales, etc. ; mais ces accidents n'autorisent pas à considérer ces sujets comme des dégénérés. Cette remarque s'applique, à plus forte raison, aux individus qui sont atteints de paralysies ou de contractures hystériques à la suite de fortes commotions physiques ou morales. Je crois donc, avec M. Ballet, qu'on peut devenir hystérique sans être un dégénéré.

M. Pierret (de Lyon). — Il me semble que jusqu'à présent on s'est beaucoup plus occupé des causes de la folie hystérique que des symptômes propres à la faire distinguer des autres psychoses. Pourtant c'est là une des parties importantes du problème posé.

Je me range à l'avis de notre respecté collègue M. Falret. Il existe une folie hystérique, à caractère maniaque, le plus souvent, et, quand je veux donner aux élèves les moyens de la reconnaître, voici comment je m'y prends. Je place d'un côté un sujet atteint de folie épileptique en insistant sur la bruta-

lité et la monotonie des actes d'un malade chez lequel l'incident délirant n'est souvent qu'un équivalent de crises motrices déviées ; de l'autre, j'étudie un alcoolique, dont la mimique puissante traduit un état de rêve terrifiant ou pénible, avec cet état de confusion mentale hallucinatoire, qu'on retrouve dans la plupart des intoxications.

Je rappelle alors, que l'attaque de grande hystérie a pour subsrtatum un état psycho-sensoriel, qui peut être regardé comme constant. Même dans la phase dite clownique, la préoccupation sensorielle est évidente. Quant à la période délirante de l'attaque, elle ne peut être niée, ni discutée. Il reste à démontrer que la crise d'hystérie peut être incomplète au point de vue moteur et constituée presque uniquement par la phase délirante plus ou moins longtemps prolongée. Ainsi posée, la question se résout d'elle même, car ce qui est vrai pour l'épilepsie est vrai pour l'hystéro-épilepsie, et les innombrables intermédiaires qui relient les deux névroses.

Je considère donc qu'un état maniaque à substratum psycho-sensoriel, avec état de rêve dans lequel la mimique traduit avec perfection le caractère des idées, est hystérique quand je ne puis le rapporter ni à l'alcoolisme, ni à quelque autre mode d'intoxication.

Pour les stigmates, je suis obligé de déclarer qu'ils ne me servent guère. Chez les aliénées des asiles, ils s'observent rarement pendant la crise délirante, mais reparaissent souvent au déclin de celle-ci ; ce qui permet de supposer qu'ils existaient avant, et se trouvaient masqués chez l'aliéné par une sorte de phénomène d'interférence. Leur valeur a, d'ailleurs, beaucoup baissé depuis les travaux de MM. Pitres et Féré.

Je crois, d'autre part, qu'une hystérique avérée peut délirer pour d'autres causes que l'influence de sa névrose, celle-ci donnant seulement à la forme délirante une certaine tournure théâtrale très souvent trompeuse.

Quant à tirer parti des soi-disant stigmates de la dégénérescence que l'on observe chez certaines malades, beaucoup plus épileptiques qu'hystériques, je n'aurais garde de le faire. Les belles expériences de M. Féré montrent que beaucoup de malformations congénitales n'ont rien à voir avec une hérédité psychopathique et, d'autre part, je considère que,

dans ce qu'elle a d'exagéré la doctrine des dégénérescences est dangereuse pour les élèves. Se voyant munis d'une formule immuable, ils l'appliquent de force à tous les cas, et perdent l'habitude d'examiner leurs malades comme un véritable médecin doit le faire.

M. Régis. — La variété de la folie hystérique qu'ont décrite M. Pierret et surtout M. Pitres, m'a paru ressembler bien plus à un délire de rêve qu'à une véritable folie. J'ai demandé à M. Pitres si les malades qu'il avait en vue dans sa description conservaient le souvenir de leur accès d'agitation délirante et sa réponse a été que deux de ces malades, spécialement observés par lui à cet égard, avaient totalement oublié l'une ses trois jours, l'autre ses trois mois de délire. C'est là, à mon sens, un signe différentiel des plus importants et sur lequel on ne saurait trop insister, car les aliénés guéris de leur manie se rappellent, au contraire, quelquefois avec une précision admirable, les détails de leur maladie. L'amnésie de la crise rapproche donc ce délire hystérique de certains délires oniriques, toxiques ou autres, en même temps qu'elle le sépare de la folie véritable, de la vésanie telle que nous la connaissons et la comprenons.

M. le Dr Cullère (de la Roche-sur-Yon). — Parmi les signes qui peuvent faciliter le diagnostic de la manie hystérique, il faut ranger certains stigmates de l'hystérie elle-même, tels que l'analgésie et l'anesthésie. Un aliéniste un peu oublié aujourd'hui, Renaudin, avait constaté, il y a long temps déjà, la présence de l'analgésie cutanée chez certains jeunes sujets atteints de manie instinctive et il avait observé que cette analgésie disparaissait en même temps que les troubles du moral et de l'intelligence. Il est probable qu'il avait eu affaire à des sujets hystériques. J'ai eu, moi-même l'occasion de faire les mêmes remarques chez une grande hystérique atteinte intercurremment de manie avec désordre des actes, impulsions irrésistibles et perversion du caractère et de la sensibilité morale.

J'ai été surpris d'entendre M. le professeur Pierret déclarer que pendant la durée de l'accès de manie hystérique, les

stigmates disparaissaient par une sorte de balancement ou d'équivalence des symptômes. Ce fait n'est assurément pas général. J'ai fréquemment constaté la présence, non seulement des anesthésies, mais encore des contractures et en particulier celle des muscles fléchisseurs de la main et des avant-bras pendant la durée même de l'accès de folie hystérique tel qu'il vient d'être si brillamment décrit par M. J. Falret. J'ajoute avec lui que cette forme mentale aboutit souvent à une démence totale et prématurée.

M. **J. Séglas** et M. **Bonnus** (de Paris). — HYSTÉRIE. — CONFUSION MENTALE ET AMNÉSIE CONTINUES. — ANESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE. — EXPÉRIENCE DE STRUMPELL.

Mlle M..., âgée de 19 ans, modiste, nous est amenée à la Salpêtrière, le 5 juin 1894, par une de ses tantes, pour des accidents intellectuels survenus une dizaine de jours auparavant et dont le plus saillant est un trouble de la mémoire, se présentant sous la forme dite *Amnésie continue*.

Bien qu'incomplets, les renseignements recueillis sur ses antécédents nous apprennent cependant que, vers l'âge de 16 ans, au moment de l'apparition des règles, elle eut deux crises de nerfs qui furent les premières manifestations névropathiques, et des troubles digestifs dont le caractère est assez difficile à déterminer rétrospectivement. Jusqu'à il y a six mois plus d'attaques ; depuis cette époque, elle s'est trouvée mal seulement deux ou trois fois. Il n'y aurait rien de particulier sur son état mental antérieur, mais il est au moins prudent de faire des réserves à ce propos.

Aujourd'hui, cette jeune fille présente de la façon la plus nette les stigmates classiques de l'hystérie. Les troubles de la sensibilité, sensitivo-sensoriels, sont aussi développés que possible : anesthésie tégumentaire *généralisée*, peau et muqueuses ; ni le contact, ni la douleur, ni la température ne sont perçus en aucun point du corps : sensibilité profonde abolie ; perte absolue du sens musculaire et articulaire, des notions de poids, de position des membres, de direction, etc... Chaque fois qu'on interroge la malade au cours de ces recherches, elle

fait cette réponse caractéristique : « Comment voulez-vous que je sache tout cela, ce que deviennent mes bras, mes jambes, puisque je *ne les vois pas* », montrant qu'habituellement elle supplée par les sensations visuelles au défaut de ses sensations tactiles et kinesthétiques.

Le champ visuel des deux côtés est aussi retréci que possible, se réduisant presque au point de fixation. Il y a de la dyschromatopsie pour les violets,les bleus et les verts. — L'ouïe est également très faible des deux côtés ; le tic-tac d'une montre n'est plus perçu à un ou deux centimètres. — L'odorat et le goût sont abolis ; — perte du réflexe pharygien, de la sensibilité de l'anus et du rectum, la malade prenant un lavement sans percevoir ni l'introduction de la canule, ni la température du liquide. — Elle ne sent aussi jamais la faim.

Comme zone hyperesthésique, on ne trouve guère que le clou, qui est très net.

D'après l'examen des troubles de la sensibilité, la malade se présente donc à nous comme atteinte d'*anesthésie généralisée.*

Elle a, d'autre part, des attaques plus ou moins intenses, mais toujours du même type et caractérisées par une perte de connaissance, cris et rires spasmodiques, convulsions toniques, ébauche d'arc de cercle, grands mouvements peu accentués, attitudes passionnelles, hallucinations et délire sur lesquels nous reviendrons.

La malade ne garde, à l'état de veille, aucun souvenir de ces attaques, fait assez explicable eu égard aux accidents mentaux qu'elle présente d'autre part.

Les plus saillants sont les troubles de la mémoire auxquels nous avons déjà fait allusion ; mais ils ne sont pas seuls.

Lorsque la malade nous fut amenée, le 5 juin, il y avait dix jours qu'elle était arrivée à Paris, venant de Lesparre, à la suite d'une scène survenue, le 26 mai et sur laquelle elle ne peut fournir aucun détail. Elle ignore absolument tout,la date, ce qui s'est passé ; elle sait seulement que son père a voulu la faire revenir dans son pays, qu'un gendarme est venu lui en apporter l'ordre. A partir de ce moment, elle ne se souvient de rien, ne peut s'expliquer ni pourquoi, ni comment, ni avec qui elle est venue à Paris.

De plus, à mesure que le temps s'avance, cette amnésie pro-

gresse en quelque sorte, car la malade ne retient rien ou presque rien de ce qui se passe autour d'elle. — Les faits sont oubliés à mesure qu'ils se produisent, la très grande majorité totalement, quelques-uns, très rares, seulement dans leurs détails, restant ainsi à l'état de faits vagues, isolés, sans signification précise. Notre malade semble, d'ailleurs, parfaitement indifférente à tout, et vit dans une sorte d'hébétement continu, passant ses journées à faire de la dentelle d'une façon automatique, sans penser à rien, dit-elle. De fait, par l'examen direct à l'état de veille, on ne peut retrouver chez elle aucun délire, aucune idée fixe et l'on ne constate qu'un état de confusion mentale assez accentué.

Depuis son entrée dans le service, elle semble n'avoir rien compris et rien retenu. Elle dit bien qu'elle est à la Salpêtrière, mais ce n'est là qu'un mot, ne répondant à aucune idée précise. Elle ignore comment et pourquoi elle y est venue, ne se rappelle même pas être passée par le dépôt de la Préfecture de police et l'asile Sainte-Anne, sait seulement qu'elle était à Paris chez sa tante De même, elle reconnaît les personnes du service plus ou moins aisément, mais toujours sans comprendre ce qu'elles font là ; elle ignore le nom de la salle, de ses voisines. — Elle ne se souvient pas d'un instant à l'autre de ce qu'elle vient de faire et à cette absence de points de repère correspond une notion extrêmement vague du temps. Si on la surprend au milieu d'une lecture, elle ne peut en donner le sens. Il faut, lorsqu'on veut lui parler, fixer son attention pour en obtenir des réponses lentes à se formuler et très brèves. Elle est toujours indifférente à ce qui se passe autour d'elle ou bien distraite, ayant l'air de rêver bien qu'elle déclare formellement ne penser à rien ou s'absorbant, par exemple, dans la contemplation d'un objet extérieur, d'un tableau pendu au mur qu'elle regarde longuement et sans qu'elle paraisse ensuite en avoir retiré autre chose qu'une notion très vague, à peine celle qu'un enfant pourrait exprimer après avoir feuilleté un album d'images.

Les faits antérieurs au 26 mai ne sont pas oubliés ; mais la mémoire ne les reproduit toutefois qu'en hésitant, avec un certain effort, et souvent même il faut presser la malade pour en obtenir un renseignement, car elle répugne en général à

toute espèce d'effort. — Lorsqu'on lui parle des faits survenus depuis le 26 mai, bien qu'elle en dise, elle ne se donne guère la peine de chercher et souvent même se contente de répondre que c'est ennuyeux de lui en parler, puisqu'on sait bien qu'elle a tout oublié, qu'elle ne retient rien.

Cette difficulté de l'effort ne se rencontre pas seulement dans le domaine de l'attention, mais à l'occasion de toutes les manifestations volontaires. La malade est lente dans tous ses mouvements, reste assise la plupart du temps à faire des travaux de crochet ; elle est des plus dociles, se laissant facilement conduire, dans son éternelle indifférence.

L'ensemble symptomatique que nous venons de signaler et que l'on observe directement, à l'état habituel, vient à se modifier dans des circonstances différentes, donnant ainsi lieu à des constatations de clinique psychologique d'une grande importance au point de vue de la nature et du pronostic de ces phénomènes.

En face d'une malade se présentant à nous avec de l'anesthésie généralisée, la première idée qui devait se présenter à notre esprit était, avant toute chose, de tenter sur elle ce que l'on appelle l'expérience de Strumpell.

Vous savez, en effet, Messieurs, qu'un anesthésique total à qui on enlève la faculté de voir et d'entendre tombe dans un état particulier sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord.

M. Raymond, qui a fait en France une étude très complète de ces cas particuliers, pense que les malades entrent alors dans un état de sommeil qui se rapproche du sommeil normal, tant par son mode de production que par ses manifestations extérieures.

M. Ballet, au contraire, tout en ayant constaté les mêmes phénomènes, leur attribue une autre interprétation et pense qu'il s'agit là d'une forme de sommeil hypnotique.

Pour M. Pierre Janet, ce serait également un état somnambulique, pour M. Pronier une manifestation purement hystérique, nullement comparable au sommeil normal.

Or, si nous nous reportons à nos expériences personnelles, voici, sous une forme résumée, ce que nous avons pu observer.

L'occlusion des oreilles seules, et lorsqu'elle n'est pas prolongée, ne produit rien de particulier, aucune modification

dans l'état somatique ou psychique de la malade, qui comprend les signes, les gestes que l'on fait, les mots que l'on écrit devant ses yeux, qui répond, exécute les ordres commandés.

Pratiquée dans les mêmes conditions, l'occlusion momentanée des yeux seuls n'empêche pas M... de compter, de répondre comme devant aux questions qu'on lui pose. Seuls les mouvements volontaires se trouvent modifiés, ce qui n'a rien d'étonnant puisque nous avons constaté chez elle la suppléance des images kinesthétiques absentes par les images visuelles. A la suite de l'occlusion des yeux, ou simplement de l'interposition d'un écran, elle perd ces notions de position de ses membres, de la direction des mouvements que tantôt elle accomplit d'une façon incoordonnée, ou même parfois qu'elle croit accomplir alors que tout se borne à une simple tentative d'effort initial sans mouvement effectif (Ajoutons à ce propos que l'interposition d'un écran, lorsque la malade écrit, ne l'empêche pas de continuer; mais il est à remarquer, comme nous le verrons plus tard, qu'elle présente le phénomène connu sous le nom d'écriture automatique et inconsciente).

Mais dans ces expériences, que la malade soit privée isolément de ses sensations soit optiques, soit auditives, il est à remarquer que, d'abord cela peut n'être presque que momentané (de 2 à 3 minutes), et ensuite, lors même que l'expérience se prolonge (occlusion des oreilles seules pendant 10 minutes par exemple ou des yeux seuls pendant 30 minutes), M... reste forcément en correspondance avec nous à l'aide du sens qui reste libre, pour recevoir nos ordres et nous permettre de nous assurer de son état psychique. Nous continuons donc ainsi à fixer son attention, à entretenir et à diriger son activité mentale.

Supprimons ces deux conditions et, une fois l'occlusion faite des yeux ou des oreilles, toujours isolément, abandonnons la malade à elle-même et attendons. Que va-t-il se produire? absolument les mêmes phénomènes que détermine chez elle l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, c'est-à-dire l'expérience de Strumpell.

Voyons donc ce qui se passe dans cette expérience.

Si l'on vient à pratiquer tout à la fois l'occlusion hermétique des yeux et des oreilles, la malade se débat d'abord un peu

comme pour essayer de se débarrasser du bandeau; puis, après quelques minutes, elle laisse tomber sa tête sur sa poitrine. A ce moment, elle allonge les bras qui entrent en contracture, présentent quelques petites secousses cloniques; puis des mouvements automatiques : la respiration s'accélère: par instants, il se fait des inspirations profondes et, au bout de cinq minutes, la malade reste immobile. Elle présente alors des contractures tantôt dans un membre, tantôt dans un autre, surtout aux membres supérieurs. Il n'y a pas, d'ailleurs, d'hyperexcitabilité neuro ou cutano-musculaire; pas de traces de plasticité cataleptique dans les membres non contracturés.

Si on enlève le bandeau, on constate immédiatement, et de la façon la plus nette, un frémissement des paupières qui persiste tant que la malade est dans cet état. Le pouls est accéléré (108), la respiration également, le visage un peu congestionné.

Si on ouvre brusquement les paupières, on éprouve une grande résistance : on voit alors que les yeux sont en strabisme convergent supérieur. Les paupières se referment de suite et tout reste dans le même état. Mais si on les maintient couvertes, alors la malade tourne la tête, fait de profondes inspirations; en même temps, apparaissent des spasmes toniques dans les membres; puis la malade fait quelques mouvements simplement désordonnés, s'agite, secoue la tête, se frotte les yeux et s'éveille d'un air absolument hébété, sans avoir aucun souvenir de ce qui vient de se passer.

Voilà pour les phénomènes les plus apparents, qui caractérisent objectivement cet état.

Sans rien présumer de la question, ce sommeil semble déjà se différencier beaucoup du sommeil normal; mais, approfondissons davantage.

La malade, quelques jours après, est placée dans les mêmes conditions, par le même procédé, ayant produit les mêmes phénomènes. On la débarrasse de son bandeau et, au lieu de lui ouvrir les yeux, on l'interpelle. Loin de se réveiller, elle nous répond, l'on entre ainsi en communication avec elle et l'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle dispose alors d'une activité intellectuelle beaucoup plus grande, d'un champ de conscience beaucoup plus étendu qu'à l'état de veille.

Si nous recherchons ce que sont devenus les stigmates physi

ques constatés précédemment, nous les voyons profondément modifiés. D'abord, on ne trouve plus le clou ; en outre, la sensibilité cutanée est revenue de même que le sens musculaire, bien que d'une façon encore imparfaite : elle sent la piqûre et a recouvré les notions de position, de poids et même, en grande partie, de direction. D'un autre côté, mêmes modifications du côté des sens spéciaux (goût, odorat) ; le champ auditif, réduit à 1 ou 2 centimètres, augmente à 12 ou 15 ; le champ visuel n'a pu être examiné, mais il est bien vraisemblable qu'il a dû également s'élargir.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que toutes ces excitations sensitivo sensorielles, même répétées, ne réveillent nullement la malade, comme elles pourraient le faire chez un simple dormeur, et sont le point de départ de réactions psychiques, intelligentes, nullement comparables à l'automatisme des rêves dans le sommeil normal.

La modification des différents symptômes anesthésiques nous indique donc déjà un élargissement du champ de la conscience permettant à M... de percevoir les sensations actuelles. Mais tout ne se borne pas là ; il en est de la mémoire comme de la perception extérieure et, de même que la conscience perçoit maintenant les sensations présentes, elle s'assimile également les images des souvenirs.

Aussi M.... raconte-t-elle alors sans la moindre hésitation, de la façon la plus précise, avec dates et détails à l'appui, non seulement tous les faits qui ont suivi son départ de Lesparre, mais encore d'autres qui l'ont précédé et qu'elle a oubliés à l'état de veille, enfin tous ceux qui se produisent au jour le jour et qu'elle semble ignorer.

Nous pouvons savoir de cette façon dans quelles circonstances est apparue son amnésie et en déterminer les caractères.

Cette amnésie s'est montrée le 26 mai, à la suite d'une attaque survenue dans l'après-midi, au retour de quelques démarches faites par la malade à l'occasion de l'ordre que le gendarme lui avait apporté le matin entre 7 et 8 heures. Cette visite du gendarme semble être à l'état de veille le point de départ de l'amnésie qui, en réalité, présente ainsi déjà une période rétrograde de quelques heures, comprise entre la venue

du gendarme et l'attaque. Cette période rétrograde comprend même quelques souvenirs épars d'un passé plus lointain et ses limites réelles sont bien difficile, à préciser.

Quoi qu'il en soit, la malade, pendant l'expérience de Strumpell, donne tous les détails possibles sur cette période rétrograde, et ceci nous montre que les souvenirs de ces faits ne sont pas totalement perdus pour elle, mais qu'ils existent en réalité à l'état subconscient.

De même les faits qui ont suivi l'attaque, son voyage à Paris, ceux qui se sont passés jusqu'à son entrée dans le service et depuis (période antérograde), tous, même les plus minimes, même ceux auxquels elle semble parfaitement indifférente, ont été cependant complètement perçus et fidèlement conservés de la même façon subconsciente.

C'est ainsi que. dans cet état, la malade donne les renseignements les plus précis sur les péripéties de son voyage, de son séjour à Paris, de son internement, sur ce qu'elle ressent, fait, voit ou entend, sur sa salle, ses voisines, sur ce qui se passe autour d'elle, sur ses attaques et leurs particularités. Elle a une notion et un souvenir parfaitement exacts des lieux, des objets, des dates, de la durée, alors qu'à l'état de veille, elle semble n'avoir rien compris et rien retenu. Elle combine parfaitement tous ces faits les uns avec les autres, raisonne en un mot, et exprime ses idées avec plus de facilité, exécute plus vite et d'une façon plus précise les mouvements qu'on lui commande.

Tels sont les symptômes observés à la suite de l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, et celà à différentes reprises. A mesure que l'on reproduit l'expérience, les symptômes objectifs qui l'accompagnent, tels que les contractures par exemple, s'atténuent beaucoup mais sans disparaître jamais.

Nous rappellerons qu'on observe des phénomènes identiques de tous points par l'occlusion isolée des yeux ou même des oreilles, à condition de laisser la malade abandonnée à elle-même. La seule différence est que cet état particulier se produit alors moins rapidement que dans l'expérience de Strumpell, surtout lorsque l'occlusion n'intéresse que les oreilles.; au bout de 5 minutes au plus dans l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, au bout de 5 à 10 minutes

environ dans l'occlusion des yeux seuls, de 25 minutes dans celle des oreilles seules. Ces chiffres se rapportent aux premières expériences de chaque catégorie ; à mesure que ces expériences se répètent, le temps se raccourcit par une sorte d'entraînement, mais les rapports respectifs restent les mêmes.

Interrogée sur ce qu'elle éprouve dans l'état particulier que nous venons de décrire, M... déclare, sans hésitation, qu'elle se trouve très bien, beaucoup mieux qu'à l'état de veille. Elle n'est pas énervée, n'a pas mal à la tête. D'autre part, elle dit formellement qne cet état ne ressemble pas du tout à son sommeil naturel, comme lorsqu'elle dort la nuit, parce qu'alors elle a des cauchemars, mal à la tête, tandis que maintenant elle n'a rien de tout cela.

Cette assertion de sa part n'a rien qui nous étonne ; car nous l'avons fait surveiller la nuit. Elle dort en général très peu et mal. L'obscurité et le silence de la nuit, qui réalisent à peu près les conditions de l'expérience de Strumpell, ne favorisent même pas le sommeil. Pendant ce sommeil naturel, la malade rêve souvent à haute voix ; mais alors au lieu de répondre lorsqu'on lui parle, ou bien elle continue son rêve, ou bien elle se réveille. D'autre part son sommeil naturel n'est ni précédé, ni accompagné, ni suivi d'aucun des phénomènes objectifs que détermine l'occlusion des yeux et des oreilles dans l'expérience de Strumpell.

En revanche, ces mêmes phénomènes se reproduisent dans une autre circonstance, dans le sommeil provoqué. M...., en effet, est hypnotisable et, quel que soit alors le procédé employé (le plus souvent la fixation d'un objet brillant), on arrive en cinq minutes à provoquer un somnambulisme dans lequel nous voyons se reproduire trait pour trait, non seulement les contractures des membres, les petites secousses cloniques avant et pendant le sommeil, le frémissement des paupières, mais encore, on constate l'absence d'hyperexcitabilité neuro ou cutanéo-musculaire, les mêmes modifications des stigmates, le même élargissement du champ de la conscience pour les faits de perception et de mémoire. — Enfin le réveil obtenu alors par le souffle sur les yeux ou la seule injonction : « Réveillez-vous » s'accompagne des mêmes phénomènes objectifs précé-

demment signalés au sortir de l'état déterminé par l'expérience de Strumpell et, dans un cas comme dans l'autre, une fois revenue à l'état normal, M.... est parfaitement inconsciente de ce qui vient de se passer.

Nous ajouterons que la malade ne fait elle-même aucune différence entre le sommeil provoqué et l'état qui succède à l'expérience de Strumpell, qu'elle distingue formellement en revanche de son sommeil normal. Il est à remarquer aussi que, pendant le sommeil provoqué, elle retrouve les mêmes souvenirs spontanés ou relatifs à ce qu'on a dit ou fait pendant l'expérience de Strumpell et réciproquement.

Les considérations précédentes nous amènent donc légitimement à cette conclusion que, chez notre malade, le sommeil qui succède à l'expérience de Strumpell, n'est pas assimilable au sommeil naturel, mais rentre dans la catégorie des somnambulismes. Ce fait nous semble avoir d'autant plus de valeur que l'expérience de Strumpell n'avait jamais été tentée chez M.... avant nos recherches qui ont débuté par ce point et donné de suite les résultats que nous venons d'exposer.

A un autre point de vue, notre observation vient à l'appui de l'opinion qui rattache l'anesthésie et l'amnésie hystériques à un état de désagrégation mentale particulier, de double conscience. Cette anesthésie, cette amnésie apparentes ne sont en réalité qu'un défaut d'assimilation psychologique des sensations d'une part, de l'autre des images qui sont la base des souvenirs et qui, en réalité, sont enregistrées et conservées sinon dans la conscience principale du sujet, du moins dans une conscience secondaire, et peuvent ainsi être reproduites, dans des circonstances spéciales, par exemple dans l'état somnambulique provoqué par les moyens ordinaires ou par l'expérience de Strumpell, et aussi dans l'état de simple distraction si facile à déterminer chez ces hystériques et au cours duquel l'écriture automatique et inconsciente nous donna déjà, bien que moins complets, des renseignements sur nombre de faits que notre malade paraissait ignorer.

Ces mêmes procédés nous ont permis de constater la présence d'un phénomène psychologique survenu à l'origine de l'amnésie, l'état aboulique, de confusion mentale actuel et dont la persistance, depuis lors, est sans doute pour beaucoup dans leur

continuité. C'est comme bien des faits de ce genre, en particulier dans celui qui fut étudié par MM. Charcot, Souques, Pierre Janet, la présence d'une idée fixe subconsciente.

En effet, alors qu'à l'état de veille l'interrogatoire de la malade ne met sur la piste d'aucun délire, d'aucune idée fixe, dans le sommeil hypnotique, comme dans celui qui succède à l'expérience de Strumpell, comme dans l'écriture automatique, elle raconte qu'elle est perpétuellement obsédée par l'idée ou la vision du gendarme qui est venu la chercher et découvre même qu'elle y pense dans la journée, à l'état de veille « sans s'en rendre compte, sans le savoir » Elle dit également y rêver la nuit dans son sommeil naturel et le revoir tout le temps à chacune de ses attaques.

C'est ce que nous avons pu, d'ailleurs, constater par nous-même dans ces circonstances. On l'a surprise, en effet, dans son sommeil parlant de la scène en question, du gendarme, du rappel de son père, de son émancipation. Et, dans la période délirante de son attaque, c'est l'hallucination visuelle du gendarme qui forme le pivot de tout le délire dans lequel elle cause avec des personnages imaginaires, refusant d'obéir à l'ordre de son père, se disputant avec ce gendarme, avec son père, menaçant de tuer le gendarme qui ne la quitte pas un instant (*sic*), exprimant l'intention (qu'elle ajoute ne vouloir dire à personne) de partir ensuite pour Buénos-Ayres, etc.. Ajoutons qu'à ce moment on peut se mettre en communication et causer avec elle, mais à condition d'entrer et de rester absolument dans le cercle restreint de son délire; encore ne peut-on pas le diriger et le modifier à son gré et n'obtient-on que quelques réponses très brèves.

La présence de cette idée fixe, même pendant la veille, à l'état subconscient, absorbant le peu d'attention que M... a de disponible, la maintenant dans un état de distraction perpétuelle et, par suite, augmentant encore le rétrécissement du champ de conscience, ne peut qu'entretenir les troubles anesthésiques, abouliques et amnésiques par lesquels il se manifeste à nous.

Aussi est-il indiqué, au point de vue thérapeutique, de s'attaquer à cette idée fixe. Mais il est à remarquer à ce propos que M... n'est nullement suggestive dans l'état somnambulique

provoqué soit par les moyens ordinaires. soit par l'expérience de Strumpell et, se présentant sous l'aspect que nous avons décrit, s'agit-il de suggestions absolument momentanées et des plus simples ? La chose n'a rien d'étonnant, car nous savons qu'il existe, même chez des hystériques suggestibles, des conditions de la suggestibilité. Et c'est ainsi que la présence d'une idée fixe, un développement intellectuel plus grand pendant le somnambulisme déterminant comme une restauration presque complète de la personnalité, sont des obstacles à la suggestibilité. Or, nous avons vu que notre malade réalise absolument ces deux conditions défavorables.

Toutefois, M... présente d'autres états, voisins des précédents, où le développement intellectuel en rapport avec la seconde conscience étant moins accentué, elle devrait être plus suggestible et où elle l'est en effet.

C'est ainsi que, dans l'état de distraction simple, provoquée pendant l'état de veille et avec écriture automatique et inconsciente, on peut modifier, par la suggestion, l'idée fixe du gendarme.

M... est également suggestible dans un autre état somnambulique, intermédiaire en quelque sorte à la distraction avec écriture inconsciente et à l'état somnambulique que nous avons décrit chez elle, à la suite l'expérience de Strumpell ou de manœuvres hypnotiques ordinaires.

En effet, l'expérience de Strumpell, réitérée d'abord à des reprises multiples, nous avait toujours mis en présence de cet état dont nous avons exposé tout à l'heure les particularités, lorsqu'un jour, au lendemain d'une violente attaque, nous répétons cette expérience de la même façon et après nous être assuré que la malade était dans les mêmes conditions d'anesthésie et d'amnésie, elle tombe rapidement dans un état de sommeil semblable en apparence aux précédents, et toujours précédé et accompagné des mêmes phénomènes objectifs tels que contractures, modifications respiratoires, frémissement des paupières, etc.. Mais, en revanche, nous constatons que, cette fois, contrairement à ce qui se passait dans les autres expériences, M... a conservé absolument, comme à l'état de veille, son anesthésie sensitivo-sensorielle et ne présente, en fait de modifications de la sensibilité, que la disparition du

clou. — L'amnésie, elle, s'est modifiée dans le même sens que les autres fois, mais cependant d'une façon moins complète, et nombre de faits sont rappelés d'une façon beaucoup moins précise et après quelque effort. Il persiste même un certain degré de confusion mentale, la notion des lieux, du temps, des faits est moins nette que dans les autres expériences. En outre lorsqu'elle vient à parler de son délire, de son idée fixe du gendarme, elle ne la juge plus de la même façon au moment actuel. Alors que, dans le somnambulisme des expériences précédentes, elle jugeait la vision de son gendarme à sa juste valeur, comme une véritable hallucination, une idée obsédante mais fausse, cette fois elle déclare que si elle le voit, c'est qu'il est bien là, qu'il s'est attaché réellement à sa poursuite. — Malgré ces différences, il est à remarquer que, dans cet état de somnambulisme particulier, elle conserve la notion et le souvenir des somnambulismes précédents et se trouve, dit-elle, à peu près dans le même état.

Dans ce somnambulisme, car c'est bien là, en fait, un somnambulisme, mais à développement moins complet que les autres, la malade est suggestible, non seulement pour des suggestions momentanées, mais aussi pour d'autres devant se réaliser, et s'étant en effet réalisées, à échéance plus lointaine, après le réveil.

Nous avons pu, dans les conditions précédentes comme dans l'état de distraction provoquée, nous attaquer à l'idée fixe avec quelque succès, car il s'est produit dès lors une très légère amélioration dans l'état mental, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque, en rappelant le délire, vînt tout remettre en question.

Ces variations de l'état somnambulique, constatées une fois dans l'expérience de Strumpell, n'ont rien qui puisse nous surprendre, car on en rencontre de semblables dans bien des cas de sommeil provoqué et c'est là un argument de plus en faveur de l'identité de l'état succédant à l'expérience de Strumpell, avec les somnambulismes. Pour être absolument complet, il nous faudrait retrouver les mêmes variations dans le sommeil hypnotique provoqué par les moyens ordinaires. Nous ne doutons pas qu'on ne puisse y arriver. Mais le temps nous a manqué pour cela, et nous ne pouvons guère actuelle-

ment compter pour cela que sur le hasard (1). Nous n'avons pu, en effet, déterminer les conditions de ces variations dans l'expérience de Strumpell; nous avions toujours opéré de la même façon et l'examen de la malade immédiatement avant l'expérience ne nous avait rien présenté qui nous aît paru différent.

Il nous semble donc résulter de notre observation en elle-même et comparée à celles des autres auteurs qui, pour la plupart, ont avec elles de grandes analogies :

1° Que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strumpell n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique;

2° Que cet état somnambulique, comme tout autre du même genre d'ailleurs, peut varier chez le même malade suivant des circonstances difficiles à préciser;

3° A plus forte raison qu'il peut varier suivant les malades, et c'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer, pour une part, les divergences des opinions exprimées par les auteurs, l'autre part revenant aux différences qui, d'après la lecture de leurs observations, ont certainement existé dans les conditions de leurs expériences.

(1) Les mêmes variations ont été retrouvées depuis, pour le sommeil hypnotique provoqué par les moyens ordinaires, dans des expériences postérieures à notre communication (I. S.).

DEUXIÈME QUESTION

DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES

Séance du mardi 7 août

M. Babinski (1) (de Paris). — Les problèmes que soulève l'étude des névrites périphériques sont nombreux, et il est impossible, en raison du peu de temps que le Congrès peut consacrer à ce sujet, de les passer tous en revue.

La délimitation de la névrite périphérique est une question primordiale qui mérite de nous occuper avant tout.

Les névrites peuvent être divisées en deux classes bien distinctes. A la première appartiennent les névrites qui sont sous la dépendance de lésions des centres nerveux dans les régions qui représentent les centres trophiques des nerfs. On peut légitimement admettre qu'une névrite est d'origine centrale lorsque l'intensité des lésions périphériques est proportionnelle à celle des lésions des centres trophiques. La seconde classe comprend les névrites dites périphériques ou primitives. Dans les observations qui composent ce groupe, les nerfs ne sont altérés qu'à leur périphérie, dans une étendue plus ou moins grande, et leurs centres trophiques paraissent complètement normaux, ou bien ne représentent que des lésions superficielles.

Il est incontestable qu'une partie des névrites de cette seconde classe sont, à proprement parler, périphériques, indépendantes de toute perturbation centrale. Ce sont les névrites de cause externe, qui doivent leur origine à un traumatisme, ou à un agent de compression tel qu'une tumeur ou un phlegmon.

(1) En l'absence de M. Marie, rapporteur, M. le Président du Congrès invite M. Babinski à prendre la parole sur la question des névrites périphériques, à l'ordre du jour.

Mais, en ce qui concerne les névrites de cause interne, infectieuse ou toxique, il est encore permis de discuter sur le mécanisme qui leur donne naissance. Les uns supposent que, quoique périphériques en apparence, un grand nombre de ces névrites sont sous la dépendance d'un état pathologique des centres nerveux plus ou moins difficile à déceler avec les moyens d'investigation dont nous disposons; les autres, au contraire, sont d'avis que, dans les cas de ce genre, les lésions des nerfs sont réellement primitives et que, dans les quelques altérations des centres trophiques, qu'on a parfois signalées, loin d'être l'origine de celle-ci, en sont la conséquence. Quoi qu'il en soit, qu'on se rallie à l'une ou à l'autre de ces deux hypothèses, il faut bien reconnaître que cette seconde classe des névrites comprend des faits se distinguant essentiellement de ceux qui appartiennent à la première et qu'il y a lieu d'en faire une catégorie spéciale.

Les difficultés auxquelles on se heurte dans l'interprétation des faits relatifs aux névrites de cause interne sont nombreuses. Nous signalerons quelques-unes d'entre elles.

Il faut remarquer d'abord qu'il est presque impossible dans l'étude des névrites de superposer les lésions anatomiques et les troubles symptomatiques.

Au point de vue clinique, les diverses variétés de névrites, celles qui sont causées par l'alcool, le plomb, la diphtérie, etc, tout en présentant des analogies plus ou moins grandes, constituent des types distincts, et les différences symptomatiques qui les séparent peuvent être très accusées. L'existence des névrites cutanées a été constatée dans les affections de la peau les plus dissemblables; elles ont été notées dans certains cas de zona, de vitiligo, d'ichtyose, d'echtyma, de pemphigus aigu, dans certaines formes de gangrène cutanée, etc.

Ces diverses espèces cliniques peuvent-elles être attachées à des lésions anatomiques distinctes ? On peut répondre sans hésiter par la négative.

Sans doute, quelques efforts ont été tentés dans ce sens, mais les résultats auxquels on est arrivé sont loin d'être satisfaisants.

Bien plus, des lésions très manifestes des nerfs peuvent être restées latentes et n'avoir engendré aucun phénomène clinique.

A l'inverse de ce qui a lieu dans les névrites latentes, des troubles fonctionnels, analogues à certains de ceux que l'on rattache généralement à des névrites, peuvent être observés dans des cas où l'intégrité des nerfs est établie dans la suite par un examen histologique. C'est ainsi que, dans la paralysie diphtérique de l'homme, les altérations des nerfs ne sont pas constantes, et, pour ma part, dans plusieurs faits de paralysie diphtérique obtenue expérimentalement chez le lapin par Roux et Yersin, au moyen de l'injection des substances solubles du bacille de Klebs-Lœffler, je n'ai pu constater aucune lésion des nerfs.

Dans la paralysie ascendante aiguë, s'il existe parfois des altérations plus ou moins accusées, des racines ou des nerfs, celles-ci peuvent faire complètement défaut.

Enfin, il y a tout lieu de supposer que certains agents, pouvant donner naissance à une névrite, sont aussi capables de provoquer simultanément d'une façon directe des altérations des tissus correspondants aux nerfs altérés, et que même celle-ci, dans certains cas, loin d'être la conséquence des lésions des nerfs, en sont peut-être la cause. Il est vraisemblable qu'il en est ainsi en ce qui concerne quelques affections cutanées, certaines formes de gangrène.

D'autre part, il faut remarquer que cette épithète « périphérique » ne doit pas être prise dès maintenant dans son sens littéral, qu'elle n'a qu'une signification relative; car il n'est peut-être pas une seule variété de névrite de cause interne, sauf la névrite lépreuse, dont on puisse affirmer qu'elle a une origine véritablement périphérique et qu'elle est indépendante de toute modification du système nerveux central.

Il est, en effet, permis de supposer *a priori* qu'une altération grossière de la partie périphérique des nerfs dépend, parfois, d'une lésion superficielle ou même d'une modification purement dynamique des centres nerveux.

Cette opinion a été émise d'abord par Erb et Remak, en particulier, à propos de la névrite saturnine. J'ai cherché de mon côté, dans une leçon sur l'*Anatomie pathologique des névrites*, à indiquer les principaux arguments qu'on peut faire valoir en faveur de cette conception, et je crois même en avoir fourni la démonstration en ce qui concerne les névrites qu'on trouve parfois chez les hémiplégiques.

Il se développe parfois, comme on le sait, chez les hémiplégiques de l'amyotrophie dans le côté paralysé. Les observations de ce genre se divisent aujourd'hui en trois groupes. L'une comprend les cas étudiés par Charcot et plusieurs de ses élèves, cas dans lesquels on a constaté une destruction plus ou moins accusée des cornes antérieures de la moelle dans les régions qui correspondent aux muscles atrophiés. Au deuxième groupe appartiennent les observations dont les premières ont été publiées par moi et qui sont spécifiées par l'intégrité apparente des cornes antérieures et des nerfs. Enfin, le troisième groupe est constitué par les cas dont on doit la connaissance à Déjerine, dans lesquels les cornes antérieures de la moelle étaient en parfait état, tandis qu'il existait une altération périphérique des nerfs correspondant aux muscles atrophiés.

Ces trois groupes font évidemment partie d'une même série, caractérisée par des lésions plus ou moins accusées de l'appareil neuro-musculaire (fibre musculaire, nerf et cellule motrice de la moelle) et appréciables, soit dans la totalité de cet appareil, soit à sa périphérie seulement, quoique sa partie centrale constitue toujours le siège primitif du désordre.

On conçoit ainsi la parenté qui peut exister entre des troubles cellulaires organiques et des troubles cellulaires dynamiques. Il est impossible, ce me semble, de douter que l'amyotrophie, dans tous ces cas, reconnaisse pour cause une pertubation centrale.

Mes observations ont montré, si je ne m'abuse, qu'une atrophie musculaire, c'est-à-dire une lésion organique des muscles, peut résulter d'une altération dynamique des cellules nerveuses. Les observations postérieures de Déjerine ont établi, de la même manière, selon moi du moins, car l'auteur n'en tire pas lui-même cette conséquence, qu'une névrite périphérique en apparence peut dériver d'un trouble dynamique des centres nerveux.

En ce qui regarde la névrite saturnine qui, comme on le sait, atteint presque exclusivement les filets moteurs et constitue une névrite systématique motrice, je suis aussi porté à croire avec Erb et Remak qu'il ne s'agit pas là d'une névrite périphérique à proprement parler.

Le mode de localisation de la paralysie saturnine, qui atteint parfois des groupes musculaires synergiques, constitue un argument que l'on a invoqué en faveur de la nature spinale de cette affection.

Le caractère systématique de la névrite saturnine, qui porte principalement sur les fibres motrices, est un autre argument défavorable à l'hypothèse d'après laquelle la névrite saturnine serait une affection périphérique, au sens littéral du terme.

Il est, en tout cas, impossible d'admettre que le point de départ de ces lésions se trouve dans une des parties accessoires du nerf (tissu conjonctif, segments inter-annulaires, vaisseaux). On pourrait, au contraire, supposer que c'est dans le cylindre-axe que se développe la lésion initiale de la névrite ; il y a, en effet, tout lieu d'admettre que les filaments moteurs et les filaments sensitifs présentent, au point de vue de leur constitution chimique, des différences qui permettent de concevoir l'altération des uns à l'exclusion des autres, par l'action d'une substance toxique qui les imprégne tous à la fois. Mais est-il admissible que l'agent d'une intoxication, qui circule à travers l'organisme entier, impressionne exclusivement la partie périphérique d'un groupe de cellules nerveuses, les cylindres-axes, et n'exerce aucune action sur le corps même de la cellule ? Une pareille idée, sans être insoutenable, ne paraît guère vraisemblable.

Enfin, je veux faire observer que les lésions du nerf optique, que l'on a signalées dans certaines observations publiées sous le titre de névrites périphériques, ne peuvent être considérées comme appartenant véritablement à la symptomatologie de cette affection, car le nerf optique fait partie du système nerveux central.

La psychose polynévritique ne peut non plus être considérée comme tributaire de la névrite périphérique ; il s'agit là de troubles cérébraux qui sont provoqués par quelques-uns des agents capables de faire naître des névrites périphériques, mais qui peuvent se manifester sans que les nerfs soient altérés au préalable.

En résumé, ce terme, névrite périphérique, ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles symptomatiques

qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles par nos moyens d'investigation sont exclusivement localisées dans les nerfs ou y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central. Il y a tout lieu d'admettre, et ce n'est pas là, du reste, une simple hypothèse, que bien des agents qui déterminent des névrites provoquent à la fois une perturbation du système nerveux central et du système nerveux périphérique, que parfois même ils exercent en même temps, d'une façon directe, leur action pathogène sur d'autres systèmes anatomiques, que les troubles fonctionnels qu'ils occasionnent sont causés non seulement par des lésions histologiquement perceptibles, mais aussi par des modifications de nature dynamique, et qu'en définitive les lésions des nerfs ne peuvent être considérées comme constituant tout le substratum anatomique de l'affection en question ; elles en représentent seulement les altérations les plus apparentes.

Je vais m'occuper maintenant des relations qui existent ou que certains auteurs ont cherché à établir entre les névrites périphériques et le tabes.

Il me paraît utile, pour bien saisir la signification des questions dont je vais m'occuper, de rappeler quelques notions relatives au tabes.

Cette maladie constitue une espèce nosologique, nettement délimitée dans sa forme type, au point de vue clinique et au point de vue anatomique.

Les principales lésions nerveuses de l'ataxie locomotrice consistent en une sclérose des cordons postérieurs, en une dégénérescence des racines postérieures, en des altérations de la substance grise de la moelle et du bulbe, en une atrophie des nerfs optiques, en des névrites sensitives signalées par Westphal et par Pierret, étudiées ensuite plus minutieusement par Déjerine, et enfin en des névrites motrices dont on doit la connaissance à Déjerine.

Ces lésions, comme les symptômes, peuvent être divisées en deux groupes, suivant qu'elles appartiennent en propre au tabes ou qu'elles sont capables de se développer en dehors de cette maladie. C'est ainsi que les névrites périphériques du

tabes ne peuvent, dans l'état actuel de la science, être distinguées au point de vue histologique de celles qui relèvent du saturnisme ou de l'alcoolisme, tandis que la sclérose des cordons postérieurs de l'ataxie locomotrice présente des caractères particuliers qui en font une altération qu'on peut considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme spécifique.

Existe-t-il un lien entre ces diverses lésions? C'est ce que nous allons chercher à déterminer maintenant.

En ce qui concerne les racines postérieures et les cordons postérieurs, la plupart des pathologistes s'accordent actuellement à reconnaître qu'il y a entre les lésions de ces deux parties du système nerveux des relations intimes, conformément à l'opinion émise, il y a fort longtemps, par Leyden.

Certains auteurs ont soutenu que la sclérose des cordons postérieurs résultait d'une dégénérescence secondaire consécutive à l'altération des racines postérieures. Cette manière de voir ne me paraît pas exacte; en effet, d'une part, il n'est pas prouvé, tant s'en faut, que le processus anatomique de la sclérose tabétique est identique à celui de la dégénération secondaire et, d'autre part, il est établi que la sclérose des cordons postérieurs peut exister sans que les racines postérieures soient nettement altérées, ou qu'elle peut, tout au moins, être plus prononcée que la dégénération de ces racines. Ce que l'on est en droit de dire, c'est que les fibres des cordons postérieurs, qui dégénèrent dans le tabes, appartiennent principalement — peut-être même exclusivement mais cela n'est pas du tout démontré — au système des fibres radiculaires.

Quel est le point de départ de l'altération de ces fibres? Il était tout naturel de le chercher dans le centre trophique des fibres en question, dans les ganglions cérébro-spinaux.

C'est ce qu'ont fait plusieurs anatomo-pathologistes, et parmi ceux-ci, il faut citer au premier rang Bourdon et Luys. Mais les résultats des investigations anatomiques ont été négatifs, sauf dans quelques cas exceptionnels. Si l'on veut néanmoins continuer à soutenir que des altérations ganglionnaires sont l'origine de la dégénérescence des fibres radiculaires, on peut tout au plus invoquer l'existence de lésions dynamiques, et l'on est bien obligé de reconnaître qu'on ne fait ainsi qu'émettre une hypothèse, il est vrai, fort séduisante. J'ai cher-

ché, pour ma part, dans un travail sur les névrites publié en 1890, à montrer qu'elle pouvait servir à expliquer à la fois et les lésions spinales dont il vient d'être question, et la dégénération périphérique des nerfs sensitifs, dont les ganglions cérébro-spinaux constituent aussi les centres trophiques; j'ai fait remarquer que cette hypothèse établissait ainsi un lien entre deux ordres d'altérations en apparence indépendantes.

Passons maintenant aux altérations du système nerveux moteur.

Leur point de départ peut être localisé, à titre d'hypothèse, comme celui des lésions du système sensitif, dans les cellules nerveuses. Les lésions périphériques des fibres motrices peuvent être attribuées à une modification dynamique des cellules dont ces fibres dérivent, c'est-à-dire des cellules motrices de la moelle et du bulbe. Dans certains cas, les modifications cellulaires sont plus profondes et, de dynamiques, elles deviennent organiques ; ce dernier genre d'altérations est plus commun dans le bulbe que dans la moelle.

Cette hypothèse établit une relation étroite entre les altérations périphériques et les altérations centrales du système moteur; à son appui, on peut invoquer les notions que nous possédons sur l'amyotrophie des hémiplégiques.

Enfin, la dégénération des fibres du nerf optique est peut-être bien aussi sous la dépendance de quelques modifications plus ou moins appréciables de leur centre trophique.

D'après cette conception, l'agent du tabes exercerait d'abord son action pathogène sur certains centres cellulaires en y produisant des modifications dynamiques ou des modifications organiques, dont les altérations des fibres des nerfs et de la moelle ne seraient que la conséquence. Mais, encore une fois, ce n'est là qu'une hypothèse.

Une opinion toute différente a été émise. On a supposé que les altérations des nerfs étaient primitives, et que les lésions cellulaires qu'on observe parfois n'en étaient que la conséquence et se développaient par le mécanisme de la névrite ascendante.

La réalité de ce mécanisme ne me paraît pas du tout démontrée.

Je ferai remarquer d'abord qu'il n'existe, à ma connaissance,

aucune observation de névrite d'origine externe ayant donné naissance à des lésions spinales comparables à celles qui appartiennent au tabes.

Je ferai observer ensuite que les polynévrites alcoolique, saturnine ou diphtérique, ne paraissent pas capables de donner naissance à la maladie de Duchenne. Les deux affections peuvent, il est vrai, coexister chez un même sujet, mais rien ne démontre que les névrites en question puissent être l'origine de l'ataxie locomotrice.

On peut, selon moi, interpréter autrement que par le processus de la névrite ascendante certains faits cliniques où des symptômes caractéristiques du tabes succèdent à des troubles nerveux qu'il y a lieu de rattacher, en apparence du moins, à une névrite périphérique.

On est en droit de supposer, soit qu'il s'agit là d'une simple coïncidence, soit, et cette dernière hypothèse me semble encore plus vraisemblable, que la névrite périphérique du début n'était que la première manifestation du tabes. Nous savons, en effet, que, dans cette maladie, on observe des lésions de la moelle et des nerfs qui peuvent coexister, mais que dans certains cas, les altérations de la moelle existent seules et que les nerfs semblent normaux. N'est-il pas légitime de supposer que, par contre, l'agent du tabes puisse provoquer parfois des lésions de la périphérie des nerfs avant de donner naissance aux altérations spinales et se traduise simplement pendant une période plus ou moins longue, par les symptômes d'une névrite périphérique vulgaire avant de se manifester nettement par des phénomènes caractéristiques ? (1).

M. Renaut (de Lyon). — Il semble ressortir du rapport de M. Babinski que l'ancienne notion de la dépendance absolue du cylindre-axe par rapport à la cellule — et cela en quelque point que ce soit de son parcours — soit sur le point de reprendre pied, à l'encontre des faits nouveaux mis en lumière par Joffroy, Pierret, Pitres et Vaillard, M. et Mme Déjerine, etc.

Cette conception m'oblige à présenter quelques considéra-

(1) Pour plus de détails voir le travail de M. Babinski sur les névrites périphériques paru dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard T. VI.

tions anatomiques. Un cylindre-axe, encore bien qu'il soit manifestement le prolongement d'une cellule ganglionnaire, doit être considéré, en anatomie générale pathologique, plutôt comme un *membre* de celle-ci (c'est-à-dire comme une portion très différenciée), que comme une simple *expansion* absolument dépendante du conditionnement nutritif et conséquemment du trophisme du corps cellulaire qui l'a fourni. Dans cette conception (largement corroborée par la structure complexe du *filament nerveux*, si on le compare au *filament de Deiters initial*), on peut, on doit même admettre qu'un cordon nerveux est tout à fait disposé pour effectuer des processus réactionnels autonomes, dans nombre de circonstances, alors qu'il est l'objet de certaines actions pathogènes sur un point de son parcours, et surtout au voisinage de ses terminaisons, c'est-à-dire là où son dispositif anatomique spécial varie parfois d'une façon très large.

Si, en effet, au lieu d'étudier la variation subie par le filament de Deiters alors qu'il devient un cordon nerveux chez les animaux supérieurs, on choisit les gros nerfs amyéliniques des cyclostomes, on voit que, dès que le filament axile devient un nerf au sortir du névraxe, il quintuple brusquement de volume pour le moins. Entre ses fibrilles, prend place un abondant protoplasma granuleux. C'est l'agent actif de la nutrition locale, à laquelle concourent aussi les cellules conjonctives de la gaine de Henle. Si, chez les animaux supérieurs, l'établissement de ces conditions de nutrition — et secondairement de réaction autonome — n'est pas aussi évident, il n'en est pas moins effectué, ne fût-ce que par le dispositif des segments interannulaires et des anneaux des nerfs, lesquels constituent des voies de nutrition d'un mode nouveau, parfaitement individuel.

Je ne suis donc pas de ceux qui, pour expliquer la réaction locale des cordons nerveux à l'encontre des actions pathogènes, se croient forcés d'invoquer fatalement l'action à distance de la cellule ganglionnaire, dont le cylindre-axe dépend en tant qu'il y a pris son origine première. Je suis encore moins de ceux qui, comme tout à l'heure M. Babinski, font entrevoir une différence possible de constitution entre le cylindre-axe émané d'une cellule sensitive et celui issu d'une cellule motrice ou d'une sensorielle.

La structure des cylindres-axes est une et uniforme, la constitution intime des cellules ganglionnaires l'est aussi. Voilà ce que nous apprend l'anatomie générale par la convergence de toutes ses méthodes. En neurologie, il faut s'en tenir à cela, laissant le reste à la philosophie biologique, c'est-à-dire à l'hypothèse.

Encore est-il qu'en prenant la question de cette façon, on arrive à conclure que toute cellule motrice ganglionnaire est en somme toujours aussi sensitive ; car sans cela elle ne recevrait aucun signal pour mette son activité excito-motrice en jeu. De même, toute cellule dite sensitive est en quelque chose motrice. Elle l'est du mouvement nerveux qui va exciter la cellule motrice, laquelle est l'instrument de la réaction de l'être vivant déterminée par ses sensations.

Je suis amené à conclure des faits observés que, dans nombre de cas, la réaction du nerf à l'encontre des actions pathogènes qu'il reçoit à sa terminaison ou dans sa continuité, est et demeure toute locale, parfaitement individuelle aussi. Et sans nier l'influence grande de la cellule ganglionnaire sur un nerf dans tout son parcours, j'estime qu'au point lésé le cordon nerveux peut et doit réagir. Il possède un dispositif tout prêt pour cela et le met en jeu de suite, dès qu'il y est suffisamment sollicité.

C'est dire que le processus réactionnel et local du nerf, la *névrite périphérique*, doit conserver son individualité et sa place en neurologie. Seulement, il convient que cette individualité soit bien définie et que cette place soit exactement marquée en pathologie nerveuse. Or, il faut avouer qu'il n'en a pas été tout à fait ainsi jusqu'à présent.

D'une part, la névrite parenchymateuse, avec dégénération du segment périphérique, d'autre part, la névrite segmentaire de Gombault, sont bien connues. Il reste à déterminer la part exacte du tube conjonctif intrafasciculaire et à bien décrire ce qu'il faut désigner par *névrite interstitielle*. Il faut aussi déterminer la part prise, dans les processus qualifiés de névrite, par la gaine lamelleuse et la cavité vaginale : établir et décrire exactement la *périnévrite*.

Les auteurs qui, tandis que les vrais neurologistes travaillaient à établir l'existence des névrites périphériques, se sont

précipités sur le mot et ont fait des névrites du plexus cardiaque, par exemple, dans l'*angor pectoris* sans songer qu'une inflammation n'est pas à retours et qu'une névrite cardiaque vraie tuerait le sujet en quelques heures, ces auteurs, dis je, ont fait à la question des névrites un grand tort qu'il faut réparer. On y arrivera en reprenant pas à pas et avec soin et rigueur les lésions périphériques des nerfs, en étudiant notamment les lésions périnévritiques : celles de la gaine lamelleuse et de la cavité vaginale des cordons nerveux. Déjà M Vanlair, dans un travail très intéressant, vient d'appeler l'attention sur la valeur qu'il faut accorder aux formations hyalines de la gaine des nerfs, que j'ai décrites en 1881. Comme moi-même, il remarque que toujours les nerfs qui renferment des nodules fibro-hyalins renferment des fibres dégénérées. C'est en eux aussi que j'ai vu pour la première fois des fibres à myéline se régénérant dans la continuité, par le mécanisme de la production des *segments courts intercalaires*. Il semble donc bien qu'il y aurait une périnévrite spéciale, à formations hyalines, chez les vieux animaux, chez ceux dont les nerfs ont beaucoup travaillé et ont pendant longtemps subi l'action des grands muscles qu'ils traversent. Vanlair a vu, de plus, que de telles lésions peuvent être aussi suscitées par la dyscrasie strumiprive. Il y a donc lieu de voir si les dystrophies séniles ne sont pas, à un degré quelconque, développées sous l'influence de lésions analogues et locales des nerfs. Bref, je conclus en affirmant que la question des névrites périphériques ne mérite pas d'être ramenée à un cas particulier du trophisme émané des centres, et que le moment est au contraire venu d'en mettre l'étude de plus en plus à l'ordre du jour.

C'est pour faciliter cette étude que j'indiquerai, vendredi prochain, une nouvelle méthode de fixation interstitielle des nerfs et de leurs gaines. J'espère qu'elle constituera, entre les mains des neurologistes, un puissant moyen d'investigation scientifique.

M. Pitres (de Bordeaux). — Les nombreuses recherches que j'ai faites avec M. Vaillard ont contribué à établir d'une façon indiscutable l'existence des névrites périphériques. Je ne crois pas utile de relater à nouveau ici ces recherches qui ont été

déjà l'objet de plusieurs publications; je me bornerai aujourd'hui à vous présenter la synthèse de ces recherches dans l'essai de classification suivant :

On peut distinguer trois grandes catégories d'altérations périphériques des nerfs. Dans la première je rangerai les névrites de cause locale, dans la seconde les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse, et dans la troisième les névrites de cause centrale. Ces trois grandes classes de névrites comprennent chacune un assez grand nombre de variétés.

A la classe des névrites de cause locale appartiennent : 1° la névrite *a frigore*; 2° la névrite qui succède à une compression interne ou externe d'un nerf (traumatisme, tumeur, etc) et enfin 3° les névrites qui sont la conséquence de l'habitat d'un élément organique vivant dans un nerf. Le type de cette variété de névrite est celle qui s'observe au cours de la lèpre.

Les névrites de cause générale comprennent deux variétés : 1° les névrites toxiques (plomb, alcool, mercure, arsenic, etc.) et 2° les névrites infectieuses (diphtérie, typhus, tuberculose, fièvres éruptives, grippes, etc., etc.).

Enfin, les névrites d'origine centrale reconnaissent également deux variétés suivant que la lésion préexistante des centres nerveux siège au niveau de la moelle (poliomyélite, tabes, etc.) ou du cerveau (hémiplégie, paralysie générale, etc.).

En terminant, je n'ai pas besoin de faire remarquer que le mécanisme intime de la production de ces différentes espèces de névrites est variable. Celles du premier et du second groupe sont dues à l'altération produite directement par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux : ce sont de véritables névrites périphériques primitives, au moins dans un très grand nombre de cas. Celles du troisième groupe sont, au contraire, des névrites secondaires, puisqu'elles sont sous la dépendance d'une affection du système nerveux central.

M. Pierret. — Depuis près de vingt-cinq ans j'ai publié un grand nombre de travaux sur le tabes; je n'y reviendrai pas, je désire seulement rappeler aujourd'hui les principaux résultats qui découlent de mes recherches.

J'ai montré en premier lieu que le tabes dorsalis vrai était une maladie systématisée et j'en ai fourni la preuve en établis-

sant qu'à côté des lésions de l'axe médullaire il existait dans cette affection des altérations du cerveau et des nerfs : le premier, j'ai constaté la fréquence, au cours du tabes, de névrites cutanées. Toutes les parties du système nerveux centripete sont donc altérées, à des degrés divers, dans le tabes et il serait tout aussi inexact de le considérer comme une affection du système nerveux central que d'en faire une maladie exclusivement périphérique.

Mais il y a un second point que je désire mettre en relief, parce qu'il prouve une fois de plus les nombreux liens qui unissent la pathologie mentale à la neurologie.

Quelle doit être la dominante symptomatique d'une affection qui porte son action sur l'ensemble du système nerveux sensitif ? Des phénomènes douloureux, sensitifs ou sensoriels, souvent extrêmement pénibles. Or, ces phénomènes, contrairement à l'opinion commune, retentissent fréquemment sur l'intelligence et finissent par déterminer l'apparition, chez certaint tabétiques, de véritables délires à forme lypémaniaque ou à forme de délire de persécution. J'en ai rapporté plusieurs exemples dans la thèse de mon élève, M. Rougier (1). On peut observer également dans les mêmes conditions les différentes variétés de délire qui caractérisent la paralysie générale progressive, lorsque l'extension des lésions tabétiques du cortex a donné naissance à une véritable méningo-encéphalite cette fois secondaire. D'autre part j'ai, dans le même travail, mis en évidence ce fait capital, à mon sens, que des troubles de la pensée semblables à ceux des paralytiques généraux, sont chez les tabétiques très fréquemment transitoires.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — DES PSYCHOSES DANS LES POLYNÉVRITES. — A propos de la question des polynévrites périphériques, je désirerais dire un mot des troubles mentaux qui y sont parfois associés.

Plusieurs auteurs, surtout étrangers, ont décrit, comme on sait, des troubles mentaux de la polynévrite. Ces troubles mentaux peuvent se présenter avec des manifestations délirantes et hallucinatoires variées, mais leur symptôme fondamental est l'obtusion, la *confusion mentale*, pour employer

(1) Rougier, thèse de Lyon 1882.

l'expression maintenant courante. Cette confusion mentale se traduit essentiellement, comme tous les auteurs l'ont fait remarquer, et en particulier Charcot pour la polynévrite alcoolique, par une perte de la mémoire massive, écrasante, portant plus spécialement sur les faits récents et actuels, si intense parfois que les malades, lorsqu'on leur pose une question, l'oublient immédiatement, comme ils perdent le souvenir des premiers mots d'une phrase qu'ils commencent, du repas qu'ils viennent de faire, etc., etc.

Si l'on est tout à fait d'accord sur les caractères symptomatiques de l'état mental dans la polynévrite périphérique, en revanche on ne l'est point sur sa pathogénie. Certains auteurs, comme Korsakoff, font de cet état mental une manifestation spéciale à la polynévrite, d'où le nom de *cérébropathie toxémique* ou *psychose polynévritique*, qu'ils lui ont attribué. D'autres, tout en reconnaissant qu'on le rencontre assez fréquemment dans la polynévrite, n'admettent pas qu'il lui soit spécial, encore moins subordonné. et considèrent que trouble mental et polynévrite sont deux conséquences possibles d'une même cause, l'intoxication ou l'infection.

Certains faits dans lesquels le même trouble mental s'est observé à la suite d'une maladie infectieuse sans coexistence de polynévrite, joints aux nombreux faits que l'on connaît de polynévrite sans le moindre désordre intellectuel, sont très probants à cet égard.

En voici un, du même ordre, que je viens d'observer tout récemment.

Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une angine diphtéritique grave, présenta une obtusion mentale des plus manifestes. A peine rentré au corps, au mois d'avril 1894, il fut atteint d'une nouvelle maladie infectieuse, la rougeole, qui, dès la période d'incubation, aggrava notablement son état psychique en y ajoutant un élément mélancolique accompagné de tendance au suicide. A la fin du mois de mai, ce jeune homme, de nouveau en convalescence, revint chez lui et comme il ne s'améliorait pas au point de vue cérébral, on me l'amena le 10 juillet. Il est hébété; on lui parle, il n'a pas l'air de comprendre et fait répéter la question. Avant d'y répondre, il a l'air de réfléchir, puis il parle lentement, en mots coupés, hachés,

espacés, espacés les uns des autres par de courts silences, comme s'il cherchait dans l'intervalle ce qu'il va dire. Il a oublié bien des choses, notamment les détails de ses deux infections, sur lesquelles il ne donne que des renseignements très vagues; il ne sait ce qu'il a fait la veille et dans la journée; il ignore s'il a mangé. Il se rappelle beaucoup mieux les souvenirs anciens, notamment les leçons d'école et l'écriture sténographique apprise autrefois, mais il serait fort embarrassé, dit-il, pour expliquer les installations électriques dont il s'occupait un peu avant son tirage au sort. La mémoire, du reste, n'est pas seulement atteinte; il y a chez lui adynamie psychique générale intense, car la moindre opération de la pensée nécessite un effort et un temps relativement considérables. L'équation personnelle, mesurée à ce point de vue par M. Rivière, a donné un retard double de la normale. A côté de cette obtusion, on trouve encore chez le malade un certain degré de dépression mélancolique sans délire, conscient, presque logique, qui lui fait désirer la mort plutôt que de rester indéfiniment dans cet état d'infériorité mentale.

Tel est, depuis près de huit mois, l'état psychique du malade, ce qui prouve combien sont profonds et durables les retentissements des maladies infectieuses sur le système nerveux.

Or, ce malade, dont l'état mental est manifestement l'état mental caractéristique de la *psychose polynévritique*, n'a jamais eu de polynévrite, ou plutôt il n'en jamais eu jusqu'ici, lorsque le 24 juillet, à la suite d'un refroidissement léger, il se présente à nous avec un peu d'arthrite de l'épaule gauche, de vives douleurs spontanées du bras de ce côté, exagérées par le moindre mouvement, enfin une hyperalgésie au toucher du nerf cubital tout le long de son trajet. La plupart des nerfs des membres sont douloureux, en particulier les nerfs cubitaux, les nerfs circonflexes, les cruraux. Certains points des masses musculaires sont également douloureux. Il y a aussi quelques troubles de la sensibilité, notamment de l'hypoesthésie symétrique au niveau des épaules.

Je laisse aux neurologistes le soin de décider si, dans ce cas, on peut supposer que ces manifestations, d'ailleurs incomplètes et peu intenses, de polynévrite sont imputables à l'infection déjà ancienne et de nous dire s'il existe des précédents de ce

genre. *A priori*, cela peut être et il me semble qu'étant donnée la persistance si longue des troubles post-infectieux, on peut admettre que l'infection laisse après elle et pour longtemps une disposition éminemment favorable aux polynévrites, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

Quoi qu'il en soit et s'il y a réellement ici un debut de polynévrite, je tiens à faire remarquer que cette polynévrite n'est survenue que près de huit mois après l'apparition de l'obtusion mentale et que, par conséquent, on ne peut la considérer comme véritablement liée au trouble mental.

Ce fait vient donc à l'appui de cette opinion que la psychose dite polynévrite est tout simplement une psychose infectieuse, et je suis de ceux qui pensent, par conséquent, que polynévrite et psychose sont deux manifestations différentes de la même cause, l'intoxication ou l'infection, susceptibles de se présenter, suivant les cas, soit isolées, soit associées.

La séance est levée.

TROISIÈME QUESTION :

DE L'ASSISTANCE ET DE LA LÉGISLATION RELATIVES AUX ALCOOLIQUES

Séance du 7 Août (soir)

PRÉSIDENCE DE M. PIERRET.

M. LADAME (de Genève), rapporteur. — Depuis que Benjamin Rush (1), de Philadelphie (1745-1813), a poussé le premier cri d'alarme vers la fin du dernier siècle, l'alcoolisme n'a cessé de s'étendre dans les pays civilisés, et ses ravages ont augmenté à tel point que les sociétés modernes sont menacées aujourd'hui d'une dégénérescence rapide si elles ne luttent pas avec énergie contre ce fléau.

Comme le dit le Dr Magnan (2) dans l'introduction de ses belles études sur l'alcoolisme : « Si, depuis quelques années, les questions relatives à l'alcoolisme ont eu le privilège d'attirer l'attention générale, les derniers événements (la Commune

(1) Benj. Ruhs. — *Notes from a course of lectures on the practice of physic, delivered by B. R.*, in 12, 1786, Philadelphie, dans lequel on trouve, p. 240-251 (11 pages), un chapitre par Samuel Poultney, intitulé : « An inquiry into the effects of spirituous liquors, etc. »

— *An inquiry into the effects of spirituous liquors upon the human body and their influence upon the hapiness of Society*, in-12, Philadelphie (avec le précédent).

— Le même auquel R. a ajouté *A moral and physical thermometer*, 12 p. in-8°. Boston, 1790.

— Le même : *With a account of the means of preventing and of the remedies for curing them.* 6e édit., 32 p, in-16. New-York, 1811 (une 8e édition en 1823).

(2) *De l'Alcoolisme, des diverses formes du Délire alcoolique et de leur traitement*, par le Dr V. Magnan (ouvrage couronné par l'Académie de médecine). Paris, 1874.

de Paris) ont suffisamment démontré que ce n'est pas trop des efforts réunis de tous, médecins, philosophes, législateurs, pour conjurer le danger pressant qui menace à la fois la morale et la société. »

Nous n'avons pas à énumérer ici les maux causés par l'alcoolisme. Nous renvoyons ceux qui désireraient approfondir ce sujet aux nombreuses publications modernes qui traitent cette question, entre autres aux publications du Dr A. Baer, de Berlin (1), et au livre du Dr Paul Garnier, sur la « Folie à Paris ». On trouvera dans ce dernier la preuve de la marche précipitée de l'alcoolisme en France depuis quelques années. Depuis quinze ans, la moyenne annuelle des cas de folie alcoolique a doublé à l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police de Paris. M. Claude (des Vosges), dans son remarquable rapport au Sénat, démontre également la progression de la folie alcoolique, en France, de 1861-1885. On ne peut donc plus répéter avec le Dr Doyon, qui donnait en 1869 une description des hôpitaux d'ivrognes aux Etats-Unis(2): « Cette nécessité de créer des *inebriate asylum* n'existe heureusement pas en France comme dans les pays où domine la race anglo-saxonne. Espérons que la seule description de ces établissements suffira pour en retarder longtemps encore, chez nous, la création inutile. »

En portant à l'ordre du jour du Congrès de Clermont-Ferrand la question de l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques, le Bureau de la Société médico-psychologique a montré qu'il considérait l'importance et l'actualité de cette étude pour la France et, en chargeant un médecin suisse de présenter le rapport sur cette question, il a manifesté le désir d'être renseigné sur les mesures prises contre l'alcoolisme dans les autres pays. Je ne m'arrêterai donc pas à ce qui a été fait spécialement, en France, dans ce domaine, et j'insisterai surtout sur les caractères particuliers de la lutte contre l'alcoolisme chez les divers peuples tout en cherchant à dégager les princi-

(1) A. Baer.—*Der Alkoolismus, seine Verbreitung und seine Wirkung auf der individuellen und socialen Organismus, sowie die Mittel, ihn zu bekæmpfen*. Berlin, 1878.

A. Baer.—*Die Tranksucht und ihre Abwehr*. Wien und Leipzig, 1890.

(2) *Lyon Médical*, t. I, p. 257 (nº 4, février 1869).

paux résultats qui ont été obtenus par les différents systèmes mis en pratique.

PREMIÈRE PARTIE : PROPHYLAXIE.

Pour combattre l'alcoolisme, ou plutôt pour le prévenir, on a cherché à l'atteindre dans ses causes et l'on a eu recours aux moyens prophylactiques les plus variés : l'éducation de l'enfance, l'amélioration du logement, l'alimentation rationnelle et suffisante des classes ouvrières, les cafés de tempérance, la réforme des usages reçus partout dans la société en fait de consommations alcooliques, la création des Sociétés de tempérance, etc.

Bien que l'étude de ces divers moyens prophylactiques ne rentre pas directement dans notre sujet, il n'en est pas moins vrai qu'elle en forme le complément nécessaire. Nous pensons donc qu'il est utile de résumer, en quelques mots, les effets obtenus jusqu'ici par l'emploi de ces mesures préventives, d'autant plus que nous trouverons, dans cette étude, des éléments nombreux pour la solution de la question qui nous occupe.

L'organisation de l'assistance des alcooliques et de la législation qui leur convient ne va pas, en effet, sans la recherche des moyens propres à tarir dans leurs sources les causes de l'alcoolisme.

ÉDUCATION DE L'ENFANCE

Les mesures législatives, aussi bien que les effets de l'initiative privée pour protéger et secourir l'enfance abandonnée comptent parmi les moyens préventifs de l'alcoolisme les plus recommandables, à condition qu'ils ne perdent pas de vue l'éducation spéciale que réclament la plupart de ces enfants. Les enfants des buveurs forment, en effet, un des plus forts contingents de l'enfance moralement et matériellement abandonnée. Ils sont sous l'influence de l'hérédité alcoolique et, pour écarter le danger qui les menace de tomber dans l'ivrognerie comme leurs parents, on doit les élever dans l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique. Il faut leur ensei-

gner de bonne heure les suites fatales que ces boissons auraient pour leur santé physique et morale, et leur apprendre que, pour échapper à ces funestes conséquences, ils doivent s'en abstenir pendant leur vie tout entière. On comprend combien il importe, à ce point de vue, de choisir avec soin et discernement la famille ou l''institution dans laquelle doit être faite l'éducation de l'enfant abandonné. Toutes les conditions favorables d'un bon placement étant remplies,on donneratoujours, pour ce motif, la préférence aux familles d'abstinents. Nous savons que certaines Sociétés de bienfaisance, à Genève, agissent suivant ces principes, et non sans succès, lorsqu'il s'agit de placer des enfants d'ivrognes. Une enquête médicale sur les antécédents héréditaires des enfants abandonnés est une mesure préalable qui devrait être imposée dans chaque cas particulier avant de fixer le choix du placement. C'est à cette condition seulement que l'éducation de l'enfance abandonnée pourrait devenir efficace comme moyen prophylactique contre l'extension de l'alcoolisme. Une autre question législative importante se rattache à celle de la protection de l'enfance, la déchéance de la puissance paternelle pour cause d'ivrognerie, que nous retrouvons dans la seconde partie de ce travail.

Dans certains pays, en Amérique et en Angleterre par exemple, on va beaucoup plus loin et l'on a fondé de nombreuses Sociétés d'enfants abstinents, les *Bands of hope*, que l'on enrôle dès l'âge de sept ans dans la croisade contre l'alcoolisme. Voici quelques renseignements sur ces « Bands » que nous empruntons au rapport présenté, le 14 septembre 1890, au troisième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques par M. Ch. WAKELY, secrétaire général de l'Union anglaise des *Bands of hope* (1).

(1) *Bericht des III internationalen Congresses gegen den Missbrauch geistiger Getrænke in Christiania*, 1891, p. 125, « *The Education of Children in Temperance Principles* » by CH. WAKELY.

V. aussi Congrès de Chicago, 1893 : *Tempérance in all nations*, vol. II, p. 39; dans lequel M. Wakely annonce que les adultes travaillant à cette œuvre sont au nombre de 70.000.

Il s'est fondé récemment des sociétés analogues dans les cantons de Vaud et de Genève. Leur journal, intitulé *L'Espoir*, se publie à Lausanne.

Il existait, en 1890, dans le Royaume-Uni, 16,724 Sociétés d'abstinence pour les enfants qui comptaient ensemble près de deux millions d'adhérents.

Les *Bands of hope* (ligues de l'espoir) ont une réunion par semaine, habituellement le soir à 7 heures. On y enseigne aux enfants les avantages de l'abstinence totale. Le programme de cet enseignement peut se résumer dans les thèses suivantes :

1° Les boissons fortes ne sont pas une nécessité ;

2° Elles ne sont pas un aliment ;

3° Elles diminuent la puissance vitale au lieu de l'accroître;

4° Elles sont la cause directe de beaucoup de maladies et en aggravent un grand nombre d'autres ;

5° L'abstinence totale est éminemment favorable à la santé et à la longévité ;

6° L'ivrognerie est causée exclusivement par l'usage des boissons fortes ; elle est inconnue à ceux qui ne les connaissent pas et existe partout où on en boit ; le plus sage est donc de s'en abstenir complètement.

Les publications qui ont été faites pour l'instruction des enfants abstinents sont innombrables. On estime que, pour l'Angleterre seule, on imprime chaque année quatre millions de publications diverses pour la propagande de la tempérance parmi la jeunesse. Cette œuvre a progressé énormément pendant les trente dernières années (1). Au Congrès de la Haye, l'année dernière, M. Charles Wakely a confirmé les bons effets des « Bands of hope » comme moyen préventif contre l'intempérance (2). Les critiques n'ont pas manqué, cependant ; on a émis des doutes sur l'opportunité de ces Sociétés d'enfants et l'on s'est demandé si elles étaient conformes à la saine pédagogie. Un instituteur danois, C. Wagener, les a condamnées au Congrès de Christiania, au nom des vrais principes pédagogiques (3). Au lieu de ces Sociétés qui offrent de sérieux

(1) Au Congrès de Chicago, le président de l'Union britannique des « Bands of hope » *F. Smith*, annonça qu'il y avait à cette date 18.400 Sociétés juvéniles de tempérance dans le Royaume-Uni comptant ensemble 2.617.000 membres.

(2) Compte-rendu du IVe Congrès international coutre l'abus des boissons alcooliques, à La Haye, du 15 au 18 août 1893, p. 209.

(3) *L. c.*, p. 153. « Sind Kinder-Enthaltsamkeitsvereine pedagogisch zulæssig ? »

inconvénients, il préconise l'enseignement scolaire comme un auxiliaire utile dans la lutte contre l'alcoolisme.

Un pasteur allemand, le Dr Martius, avait déjà traité, au Congrès de Zurich, cette question : « Que peut faire l'école pour combattre l'ivrognerie (1) ? » Dès lors elle n'a cessé d'être à l'ordre du jour des Congrès qui se sont succédé, et M. Robyns (de Hasselt) a donné, à la Haye, d'intéressants détails sur l'œuvre de la tempérance scolaire à laquelle il s'est dévoué (2). L'Académie royale de Belgique, en lui décernant un prix de 10.000 francs pour ses efforts, a proclamé que cette œuvre était « la plus propre, parmi toutes celles réalisées pendant la dernière période quinquennale, à améliorer la position matérielle et morale de la classe ouvrière. »

En Suisse, les Sociétés de tempérance se sont aussi préoccupées de l'enseignement scolaire comme facteur important dans la lutte contre l'alcoolisme. Un concours fut ouvert, en 1892, pour la composition d'un *Manuel de tempérance à l'usage des instituteurs primaires et secondaires.* M. Jules Denis, instituteur à Genève, remporta le premier prix et son ouvrage fut publié en juillet 1893. Les gouvernements des principaux cantons de la Suisse romande ont souscrit pour 1.800 exemplaires qui ont été mis entre les mains des instituteurs et des élèves des écoles normales. Le ministère belge de l'Instruction publique en a fait une importante commande et le Conseil d'administration de la Caisse d'épargne des Bouches-du-Rhône en a commandé plus de 450 exemplaires pour les faire distribuer aux instituteurs de Marseille et des environs (3). Mentionnons

(1) Compte-rendu du second meeting international contre l'abus des boissons alcooliques, à Zurich, du 8 au 11 sept. 1887, p. 113.

Voyez aussi les mémoires présentés au même Congrès par *William E.-A. Axon*, président de l'Union des tempéramnts de Manchester et Sadford, « Education in Relation to Alcoholise ». — *T. Marchant Williams*, sur e même sujet. — *Joh. Bergman* Dr Phil. (Upsaia). « Die studiende Jugend und die Enthaltsamkeitssache. » — *Fielden Torp* « The Temperance Question in its Educational aspect. »

(2) Voir aussi sur ce sujet : *Scientific Temperance in Schols*, par Hon. G.-W. Ross, ministre de l'Education, province d'Ontario, *in* Congrès de Chicago. *Temperance in all Nations*, 1894, vol. II, p. 244.

(3) Discours de L.-L. Rochat, au Congrès de La Haye, Compte-rendu p. 142.

enfin les Sociétés d'abstinence qui se fondent dans les gymnases et les Universités. Ce mouvement a pris une certaine extension en Suisse, sous l'impulsion du professeur Forel, de Zurich. La première Société universitaire de tempérance s'est formée à Upsala.

Une ordonnance royale du 4 novembre 1892, a institué un enseignement alcoolique dans toutes les écoles du royaume de Suède.

AMÉLIORATION DES LOGEMENTS.

Comme le disait un orateur de la Chambre française, lors de la loi de 1850 sur les logements insalubres, « l'habitation est une des choses les plus importantes de la vie du pauvre et de l'ouvrier. C'est le centre de ses affections, c'est le lieu de son repos, c'est là qu'après les longues fatigues de la journée de travail il trouve les délassements, les joies et les peines de la famille. Pour la femme et les enfants, c'est la résidence continuelle du jour et de la nuit, c'est l'horizon tout entier. » Si cette habitation est un taudis où l'air est infect et la malpropreté révoltante, l'ouvrier fuira son triste domicile et fréquentera le cabaret. Les Sociétés qui se fondent partout pour l'amélioration des logements ont donc un rôle important à jouer dans la prévention de l'alcoolisme. Mais l'initiative privée ne peut devenir pleinement efficace dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, que si elle est secondée par une loi, sérieusement appliquée, sur la police et l'hygiène des habitations.

Un artisan de Londres, cité dans le message du Conseil fedéral du 20 novembre 1884, écrivait à un journal de cette ville :

« La plupart des ouvriers ont un intérieur bien trop peu agréable pour qu'il puisse servir à passer quelques heures en compagnie d'un ami. Ce n'est trop souvent qu'une seule petite chambre, située dans une maison malpropre, sordidement meublée, sans aucun confort, remplie de cris d'enfants...

« ... Une cité ouvrière avec des logements agréables, commodes, salubres, vaut tout autant que dix mille beaux discours

et qu'un million d'attestations concernant les effets désastreux de l'alcool. »

On pourrait décrire un grand nombre de cités ouvrières qui s'efforcent de réaliser, en Europe et en Amériqne, le but dont parle l'artisan de Londres, mais aucune peut-être n'est comparable à la *Pullman City* que le célèbre constructeur des wagons de luxe américains a fait élever à quelques milles au sud de Chicago, pour y placer ses ateliers et loger une partie de ses ouvriers. Nous ne ferons pas la description de cette ville unique qui offre un intérêt de premier ordre; nous nous bornerons à signaler ce qui touche à notre sujet, la répression de l'alcoolisme, et nous pensons qu'il ne serait pas possible de choisir un meilleur exemple pour démontrer l'influence d'une demeure agréable et salubre sur les habitudes de tempérance et la moralité de ses habitants.

M. Pullman avait pu constater, comme beaucoup de ses compatriotes, les ravages produits par l'abus de l'alcool dans toutes les classes de la société américaine et spécialement dans les milieux ouvriers. Il a voulu éviter à tout prix les effets pernicieux des cabarets et il a refusé systématiquement de louer aux aubergistes. Il renvoie de même tout locataire qui tenterait de faire le commerce des boissons alcooliques. C'est ainsi que *Pullman City* est devenne la ville tempérante par excellence. Les ivrognes, les débauchés, les fainéants habitués à s'attabler devant la bouteille y sont inconnus.

Mais il ne suffit pas de supprimer les cabarets, il faut les remplacer par d'autres établissements où les ouvriers puissent satisfaire leurs besoins de sociabilité et trouver des facilités pour leur développement intellectuel et moral. M. Pullman a fondé une bibliothèque publique, des écoles, des églises, un théâtre Il existe dans la ville de grands espaces libres pour le jeu national du *base ball* et une foule d'autres récréations analogues. Toutes ces institutions (sauf la bibliothèque publique qui est une libéralité personnelle du fondateur) sont fondées sur ce principe que chacun doit contribuer à une dépense dont il profite, et les ouvriers acceptent volontiers ces contributions (1).

(1) A propos de la grève qui a éclaté récemment parmi les ouvriers de M. Pullman, le « duc du wagon-lit », comme on l'appelle là-bas, on l'a accusé d'imposer une suprême dictature sur tous ceux qui travaillent dans

M. Paul de Ronsiers s'exprime ainsi dans son bel ouvrage sur « La Vie américaine » auquel nous empruntons ces détails :

« *Pullman City* n'est pas un phalanstère obligatoire. Même pour ceux qui y vivent, il n'y a aucun règlement particulier, sauf celui qui concerne les *saloons* (cabarets). Cependant, quand on visite la ville, on est très frappé de sa physionomie toute particulière : elle n'est pas seulement élégante dans ses constructions, ses habitants ont aussi un cachet de soin et de tenue en rapport avec le cadre dans lequel on les voit. Je passe là un samedi ; à partir de midi, les travaux complètement suspendus laissent à tout le personnel une demi-journée de loisir, et je rencontre dans les rues des *gentlemen*, que l'on me dit être des ouvriers, promenant leur femme ou leur fiancée. Pas un homme en manches de chemise, comme on en voit tant dans les villes américaines ; on est donc arrivé à créer pour cette population des habitudes de convenance et de dignité extérieures sans recourir à aucune prescription spéciale. On s'est contenté d'admettre, dans une ville bâtie tout exprès pour leur plaire, les ouvriers désireux d'avoir une installation soignée. »

L'initiative privée est impuissante cependant pour rémédier à elle seule aux conséquences sociales des logements insalubres. L'intervention de l'État est nécessaire pour assurer l'efficacité des efforts faits par les sociétés pour l'amélioration du logement, et pour les empêcher de dévier du but hygiénique et moralisateur qu'elles se proposent de remplir.

ALIMENTATION POPULAIRE.

Un autre facteur dont l'influence est non moins effective sur le développement de l'alcoolisme c'est le mode d'alimentation des classes ouvrières (2). La consommation croissante de

ses usines. On a prétendu qu'il exigeait que ses ouvriers fussent aussi ses locataires, et on lui a reproché comme la mesure la plus despotique de toutes, l'interdiction de l'achat et de la vente des boissons alcooliques dans la Pullman City.

(2) Des divers modes d'alimentation des classes ouvrières en Suisse et de leur influence sur le développement de l'alcoolisme, par le Dr *Schuler*, inspecteur fédéral des fabriques. Berne, 1884.

l'eau-de-vie marche de pair avec la mauvaise qualité de la nourriture. Il est reconnu que les difficultés qui s'opposent à la préparation d'aliments convenables favorisent grandement la consommation de l'eau-de-vie. On se plaint généralement aussi, dans les milieux ouvriers, de ce que les jeunes filles qui ont toujours travaillé dans les fabriques n'ont jamais appris à faire la cuisine, et que leur ignorance en cette matière chasse le mari au cabaret où il devient peu à peu un buveur d'eau-de-vie. Pour remédier à ce mal, on a institué des écoles de cuisine ; on a fait des lois sur le travail dans les fabriques ; on a créé des cantines économiques et des cuisines populaires qui rendent de bons services aux classes ouvrières. Les grandes Sociétés de consommation, bien dirigées, peuvent aussi améliorer beaucoup l'alimentation de ces classes en fournissant à leurs membres des marchandises de première qualité et d'un prix peu élevé.

CAFÉS DE TEMPÉRANCE

Dans le même ordre d'idées, nous devons mentionner les cafés de tempérance. Pour diminuer la consommation des boissons alcooliques, il ne suffit pas d'en interdire l'usage, il faut les remplacer par des boissons saines à bon marché.

Les expériences qui ont été faites de divers côtés ont démontré que les cafés de tempérance, bien organisés, bien dirigés et convenablement situés, sont les meilleurs antidotes contre l'abus des boissons alcooliques. Ils doivent répondre aux besoins de sociabilité des classes ouvrières et il faut les adapter aux mœurs et coutumes des divers pays. L'organisation de ces cafés a pris surtout un grand développement en Ecosse, en Angleterre, en Suède, en Norvège, en Allemagne et en Suisse, et plus récemment en Autriche, Danemark et Belgique ; parmi les pays d'outre-mer, on en trouve au Canada et en Australie. C'est à Melbourne que l'on trouve le plus grand café de tempérance du monde, sous la forme d'un hôtel de premier rang ; mais c'est à Liverpool que ces cafés sont les plus nombreux et les plus importants. Ces fondations sont soumises du reste aux mêmes conditions de réussite que toutes les entreprises de ce genre ; lorsqu'elles sont faites avec pru-

dence et intelligence, elles donnent d'heureux résultats et même de beaux bénéfices, mais la ruine de beaucoup d'entre elles est un sérieux garde-à-vous pour tous ceux qui s'imagineraient pouvoir créer facilement partout des cafés de tempérance (1).

Le premier café de tempérance a été fondé, dit-on, à Bristol, en 1873, par un philanthrope clairvoyant, M. Simon Short (2). Les cabaretiers ayant refusé de fournir du thé et du café aux ouvriers terrassiers employés à la construction d'un chemin de fer, S. Short fit élever une baraque pour la vente des rafraîchissements non alcooliques. Ce fut le germe du grand mouvement des *Coffee-Taverns* de la Grande-Bretagne. En peu d'années, ces cafés se répandirent dans tout le pays, et aujourd'hui il n'y a pas une ville anglaise qui n'en possède. On compte en Angleterre et en Irlande 7,000 établissements semblables, avec 56,000 employés. Leur capital s'élève à plus de deux millions de livres sterling. La plupart des Sociétés qui les ont fondés donnent, chaque année, à leurs actionnaires un dividende de 8 à 10 o/o. Le tableau suivant donnera une idée de leur influence sur la diminution de l'ivrognerie, dont ils ont été un des principaux facteurs (3) :-

(1) Voir dans les comptes rendus du Congrès de Zurich les rapports et les discussions (p. 183-191) sur cette question. *L. c.*, p. 166, *Résumé comparatif de la consommation des diverses denrées dans les salles de rafraîchissements non alcooliques de Genève*, par E, Ramu ; id. p. 168, *Œffentliche Cafee Haüser*, par A. Jepson : id., p. 172, *Die Pflege gesunder Gefœlligkeit im Kampfe gegen den Missbrauch geistiger Getrænke*, par le pasteur Kayser, (Karlsruhe) ; et dans ceux du Congrès de Christiania, p. 176, *The coffee Taverns as a means of promoting temperance*, pat M. Short. Au Congrès de La Haye, c'est le *Dr Ruysch* qui traita la question des « cafés populaires », dans lesquels il admet la consommation d'une bière légère (*L. c.*, p. 229).

(2) D'autres disent que le premier établissement de tempérance, *British Workman Public-house*, fut ouvert à Leeds, en 1867.

La première Société pour la fondation de ces cafés fut créée à Liverpool, en 1874, sous le nom de « British Workman Public-house Compagny. »

(3) Ces renseignements sont tirés du mémoire lu au Congrès de Chicago, en juin 1893, par *M. Jos. Bentley* (de Bradrod), secrétaire honoraire de l'Association nationale britannique des *Coffee-Taverns*, sous le titre « Temperance restaurants and Coffee-Houses in Great Britain. Voir *Temperance in all Nations*, vol. II., p. 378

VILLES	ANNÉES	NOMBRE de licences	NOMBRE personnes arrêtées pour ivrognerie	POPULAT.	NOMBRE des Coffee-Taverns	Recettes totales annuelles des Coffee-Taverns
Liverpool ...	1875 1892	2.359 2.196	21.694 9.005	508.261 517.951	Ouverts 64	L. 79.242
Birmingham .	1876 1892	1.839 2.363	2.296 2.689	343.787 478.116	Ouverts 19	L. 42.000
Bradford....	1878 1892	1.137 903	633 344	185.088 216.361	Ouverts 32	L. 41.206

Le *Coffee-Tavern*, dit Bentley, est l'ambulance des *teetotalers*, le refuge nécessaire pour l'ivrogne guéri. C'est un auxiliaire important de la tempérance. Depuis l'ouverture de ces cafés, la décroissance de l'ivrognerie, dans les villes où ils se sont développés, a été continue et considérable depuis des années, ainsi que le montre le tableau ci-dessus pour trois villes importantes. Une des autorités de la police de Liverpool disait récemment devant une Commission de la Chambre des Lords que les condamnations pour ivresse avaient décru dans cette ville de 30 o/o et que cela était dû principalement au mouvement des *coffee-houses*.

En 1887, le chef constable de la division de police de Birmingham disait que ces cafés avaient produit un excellent effet et considérablement diminué les habitudes de boissons du peuple.

La première salle de rafraîchissements non alcooliques fut ouverte à Genève le 15 décembre 1879, par une Société d'actionnaires fondée sur l'initiative de la Société genevoise d'utilité publique. Celle-ci avait entendu le 15 février 1878 un rapport de M. L.-L. Rochat, président du Comité central de la Féderation internationale des Sociétés de tempérance de la Croix-Bleue, rapport dans lequel l'auteur faisait ressortir l'opportunité de la création à Genève, dans les quartiers les plus fréquentés de la ville, de cafés-cercles de tempérance, ou débits de boissons non alcooliques.

Dès lors, ces institutions se sont répandues dans la plupart des villes de la Suisse : Lausanne, Neuchâtel, Fribourg, Berne, Bâle, Zurich, Saint-Gall, etc. Voici comment M. Rochat apprécie leur rôle et leur influence (1).

« Une partie toujours plus considérable de la population s'habitue peu à peu à se réunir, à se reposer et à se rafraîchir sans se croire obligée de consommer, en toute occasion, des boissons alcooliques... On en peut conclure que nos salles ont exercé une action réelle pour la prévention de l'ivrognerie.

« Leur rôle n'a cependant pas été exclusivement préventif. Elles ont aussi exercé une certaine action curative, car parmi les habitués de nos salles, on compte un bon nombre d'anciens alcooliques et ivrognes. Ce n'est pas évidemment la seule ouverture de ces salles qui les a poussés à renoncer à la consommation des boissons alcooliques. Il y a eu là une action parallèle, celle de la Société de tempérance de la Croix-Bleue. Mais on peut bien dire que, parmi eux, plus d'un serait retourné à ses anciens errements s'il n'avait pu se réfugier dans ces salles, où il était à l'abri des tentations de la boisson et des sarcasmes que la vue de son verre de sirop ou de sa tasse de chocolat aurait excités dans tout autre établissement. »

M. Rochat conclut en disant que les cafés de tempérance sont le complément indispensable de toute lutte sérieuse contre l'alcoolisme et surtout de tout travail efficace pour le relèvement des buveurs.

SOCIÉTÉS DE TEMPÉRANCE.

Aucune mesure n'est capable de combattre avec efficacité l'alcoolisme si elle n'est soutenue par l'opinion publique.

(1) Les huit premières années de la Société des salles de rafraîchissements (cafés de tempérance), à Genève, et conseils pratiques pour la direction de semblables établissements, par le past. *L.-L. Rochat.* Genève, 1888.

Je profite avec plaisir de l'occasion qui s'offre de citer ici le nom de M. Rochat pour lui présenter publiquement mes vifs remerciements ainsi qu'au Comité de la Croix-Bleue de Genève. Ces Messieurs ont mis à ma disposition, avec une extrême obligeance, les ressources précieuses de leur riche bibliothèque renfermant les publications les plus importantes des Sociétés de tempérance de tous les pays.

Voilà pourquoi les Sociétés de tempérance jouent toujours le rôle le plus important dans cette lutte. Car ce sont elles qui forment et éclairent l'opinion publique et qui veillent avec ardeur à ce que les prescriptions légales qu'elles ont provoquées ne restent pas lettre morte. Les seuls pays qui aient fait des lois sérieuses contre l'alcoolisme sont ceux où ces Sociétés les ont provoquées et préparées.

Les Sociétés de tempérance ont pris naissance en Amérique, au commencement de notre siècle, sur l'initiative du Dr Benj. Rush. Elles se propagèrent rapidement aux Etats-Unis, à tel point qu'en 1835 on y comptait déjà 8,000 Sociétés de ce genre avec deux millions d'adhérents. Comme nous le dirons bientôt, elles exercent dans certains États une influence politique notable et elles commencent à se mesurer sur le terrain fédéral dans les votes pour la présidence.

En Angleterre, les Sociétés de tempérance ont trouvé un terrain plus favorable encore, et ont pris une extension merveilleuse. Elles comptent actuellement plus de quatre millions de membres et dépensent, chaque année, des centaines de mille francs pour la propagande. Et cependant, au début, il y a 60 ans, elles furent attaquées de toutes parts avec violence et l'on tenta de les anéantir à leur naissance. Partout ces Sociétés ont eu à lutter contre les préjugés populaires et les intérêts particuliers dont la coalition a été parfois assez puissante pour en empêcher le développement. Aujourd'hui le mouvement de tempérance poursuit sa marche triomphante en Angleterre, et les statistiques prouvent la diminution progressive de la consommation des boissons alcooliques dans ce pays, ainsi qu'une diminution parallèle du produit des accises sur les alcools. Interrogés sur les causes de cette diminution, les hommes d'État anglais n'hésitent pas à l'attribuer au mouvement de tempérance et le gouvernement sait bien qu'il doit s'attendre à voir cette source de revenus diminuer, chaque année, sous l'influence de cette cause (1). Sous l'influence d'un des apôtres les plus actifs de la tempérance, le

(1) De l'importance dans la lutte contre l'alcoolisme des Sociétés de tempérance basées sur l'abstention totale des boissons alcooliques, par Dr *Mœller*, Bruxelles, 1886.

Père Mathew, on vit le produit des taxes sur les alcools diminuer, en quatre ans, de 796,677 liv. sterl., en Irlande.

En Suède, les Sociétés de tempérance ont lutté aussi avec succès contre l'alcoolisme. A l'instigation du mouvement venu d'Amérique, le Dr Retzius fondait à Stockholm, en 1830, la première Société suédoise de tempérance. Dès lors, il s'est fondé des centaines de Sociétés analogues dans ce pays et l'on estime actuellement que le nombre des personnes abstinentes en Suède dépasse le chiffre de trois cent mille.

La première Société de tempérance fondée en Norvège date de 1837, mais elle manqua son but comme toutes les Sociétés basées sur la modération dans l'usage des boissons alcooliques. Les grandes associations américaines avaient démontré que l'abstinence totale seule était capable de guérir l'ivrognerie. Le mouvement moderne de l'abstinence totale commença en 1859, en Norvège, et se poursuivit dès lors avec un très grand succès. L'ordre des bons Templiers introduit en 1877, depuis l'Angleterre et l'Amérique, rendit plus stricte encore l'abstinence totale des boissons alcooliques parmi les populations norvégiennes. La grande Loge comptait, en 1890, près de 6,000 membres, plus 2,000 membres de l'ordre juvénile. Depuis 1885, l'ordre des bons Templiers est reconnu d'utilité publique par l'État et reçoit un subside qui était, au début, de 800 couronnes et qui a été porté à 1,200 en 1889 (1). Mais en dehors des bons Templiers, il existe de nombreuses Sociétés d'abstinence totale qui comptent aujourd'hui 800 sections avec 120,000 adhérents dont 40,000 femmes environ. En outre, le « Ruban-Bleu » compte aussi plusieurs milliers d'adhérents. Il n'est pas étonnant dès lors que la Norvège soit considérée actuellement comme le pays le plus sobre du monde (2).

Le Danemark, qui appartient, au contraire, aux pays où l'on boit le plus, commence néanmoins à voir depuis quelques années les Sociétés d'abstinence se répandre de plus en plus

(1) *History of the Good Templar Order in Norway*, par M. Lars. O. Jensen. Rapport du 3e Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques, à Christiania. — Annexe n° 5, p. 89.

(2) Die Mæssigkeits-Enthaltsamkeits-und Totalenthaltsamkeits-Reform in Norwegen, par *F. Stang Conradi*. Congrès de Christiania. — Annexe n° 2, p. 23.

parmi ses populations. Le Dr A. Baer (1) dit qu'il y a dans ce pays près de 500 Sociétés d'abstinence, comptant ensemble 25, 000 membres auxquels il faut ajouter 6, 000 bons templiers.

En Hollande, le Dr Egeling, médecin à Haarlem, fonda en 1842, avec quelques philanthropes « l'Union néerlandaise pour l'abolition des boissons alcooliques » qui compte aujourd'hui près de 10,000 membres. En 1875, le *Volksbond* (ligue populaire) fut fondé sur l'initiative d'un négociant d'Amsterdam, qui publia divers articles et brochures sur « l'Accise des boissons distillées » pour démontrer la nécessité des mesures légales contre le fléau de l'alcoolisme. Le but du Volksbond est de combattre l'abus des boissons enivrantes et de veiller à la stricte application des lois contre l'ivresse, spécialement de la loi de 1881 dont nous aurons à reparler plus tard. La « Ligue populaire » compte 22 sociétés filiales, 150 correspondants et environ 3,000 membres, son président est M. Gœman Borgesius. Enfin l'Union nationale et chrétienne d'abstinence complète, fondée, en 1881, par A. van Scheltema d'Arhhem, compte aujourd'hui plus de 4,000 membres dans 44 communes de la Hollande (2).

La « Société suisse de tempérance » a été fondée le 21 septembre 1877, à Genève, par M. L.-L. Rochat, actuellement président du Comité central international de la « Croix-Bleue ». Cette Société a pris en effet pour emblème une croix bleue formée de cinq carrés égaux sur fond blanc. Cet emblème signifie que la Société de la Croix-Bleue aspire à devenir pour les victimes de la boisson ce qu'est la Société de la Croix Rouge pour les victimes de la guerre. « Ses sections, dit M. Rochat, sont les ambulances où on reçoit les buveurs, ses membres sont les infirmiers qui cherchent à les guérir et à les sauver. »

L'Annuaire de la Croix-Bleue, pour 1894, qui est sous

(1) Die Trunksucht und ihre Abwehr, 1890, p. 54.

(2) Discours d'ouverture du ministre d'Etat *V. Heemskerk*, président du Congrès de la Haye, 10 août 1893. Compte-rendu *loc. cit.*, p. 36 et suivantes.

Voir aussi : Le « Volksbond » par *A. van der Voort Azu de Haarlem.* Congrès de Christiania. Appendice no 11. p. 146.

presse, et dont M. L.-L. Rochat a eu l'obligeance de m'envoyer les épreuves, donne les détails suivants sur le développement de cette Société (1) :

Le recensement statistique du 30 septembre 1893 indique que la Fédération de la Croix-Bleue comptait à cette date 11,143 sociétaires (6,314 membres actifs et 4,829 adhérents). Il est intéressant de constater que, dans ce nombre, il y a 4,118 anciens buveurs, entrés dans la Société pour se corriger; parmi eux 2,003 sont déjà abstinents depuis plus d'un an, 736 depuis plus de cinq ans et 135 depuis plus de dix ans. C'est là un résultat qui mérite considération.

Le fait capital de l'année 1893, dit le rapport, a été la constitution de la *Société française de tempérance de la Croix-Bleue*. Au 30 septembre 1893, cette Société comptait en France 1,364 sociétaires dont 388 anciens buveurs.

La Société suisse, beaucoup plus ancienne, est en progrès régulier chaque année. Au 30 septembre 1893, elle comptait 7,644 societaires, dont 2,993 anciens buveurs, ce qui constitue pour l'année un accroissement de 854, soit de plus de 12,5 o/o, avec 225 sections organisées.

L'annuaire donne aussi une notice historique très complète et fort intéressante sur le mouvement de tempérance en Suisse, avant la fondation de la Croix-Bleue. Toutes les Sociétés fondées pendant cette première époque avaient pour base le principe de la modération dans l'usage des boissons fermentées, et aucune n'a réussi dans l'œuvre de sauvetage des ivrognes. Ces Sociétés se sont dissoutes les unes après les autres, lorsqu'elles eurent constaté leur impuissance (2).

« A chaque effort nouveau, dit le rédacteur de l'Annuaire, correspondait une déception nouvelle. Au lieu de profiter des expériences du passé et de changer de méthode, on reprit les anciens errements sans tenir compte de l'enseignement de l'histoire, et l'on repartit avec le mirage de la modération pour but. Les plus clairvoyants, ceux qui avaient reconnu l'inanité

(1) Annuaire de la Croix-Bleue, pour 1894. publié par le Comité central de la fédération internationale des Sociétés de tempérance. Genève, 1894.

(2) Il en fut de même de la *Ligue suisse contre l'eau-de-vie*, fondée à Genève en 1884, qui ne vécut guère que deux ans.

des principes des Sociétés de modération et d'abstinence partielle, s'arrêtèrent devant la prétendue impossibilité d'obtenir d'habitants de contrées vinicoles des engagements d'abstinence totale. L'esprit voyait juste, mais la volonté manquait de foi et de persévérance, de là l'insuccès final de tous les efforts tentés pendant cette première phase du mouvement. »

Nous avons reproduit ces lignes pour répondre à ceux qui critiquent les Sociétés de tempérance sous prétexte qu'elles sont inutiles. Cette opinion est surtout répandue en France, où les Sociétés de tempérance sont encore le plus souvent basées sur la modération. Elle vient d'être reproduite dans un travail, du reste excellent, du Dr Léonce Amat, qui condamne la multiplication de ces Sociétés, parce qu'elles « n'ont pas empêché les alcooliques de devenir plus nombreux dans les pays où elles fleurissent le plus (1). »

On n'en peut certes pas dire autant des Sociétés qui sont basées sur l'abstinence totale et qui nous paraissent une nécessité absolue pour le succès de la lutte contre l'alcoolisme, parce qu'elles créent l'opinion publique qui assure l'exécution des lois, et parce qu'elles offrent au buveur relevé le milieu indispensable pour empêcher ses rechutes.

L'exemple suivant fera voir combien les résultats de la Croix-Bleue sont encourageants en Suisse :

Au commencement de mars dernier, les buveurs relevés du canton de Genève, membres de la Société suisse de tempérance de la Croix-Bleue, organisèrent une grande soirée à thé, à la salle de la Réformation, où ils invitèrent toutes les personnes qui s'intéressaient à la lutte contre l'ivrognerie.

« Nous espérons, disaient-ils dans la circulaire de leur invitation, que cette pacifique manifestation de notrs joie augmentera le nombre de nos amis, contribuera à faire disparaître certaines préventions contre notre œuvre et surtout affermira ceux de nos membres adhérents qui sont encore faibles etindécis. »

Nous extrayons quelques passages des comptes rendus des journaux qui pourrront donner une idée de l'organisation et de la réussite de cette soirée originale :

(1) De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la Tuberculose pulmonaire, par le Dr L. Amat, avec une préface du Dr E. Lancereaux, Paris, 1894, p. 99.

« La grande salle de la Réformation avait revêtu sa plus gracieuse parure. Un immense drapeau fédéral planait, comme un *velum*, au centre du plafond. Des bannières blanches à la croix bleue brillaient aux deux extrémités de l'enceinte. Les becs de gaz du pourtour étaient décorés des écussons et des drapeaux des 22 cantons de la Suisse. L'estrade était ornée de nombreux étendards, d'une tenture rouge et blanche, d'une rangée d'arbuste et d'une verte tapisserie de feuilles de lierre. Si nos amis abstinents avaient paré leur tribune du feuillage symbolique qui couronnait jadis le front des prêtres de Bacchus, c'est sans doute pour rester fidèles à leur principe bien connu : retournons contre l'ennemi les armes arrachées à l'ennemi.

« Le parterre de la salle était entièrement occupé par neuf grandes tables parallèles prenant chacune toute la longueur de l'enceinte, et par une table transversale placée auprès de l'estrade, dans le sens de la largeur : comme chacune de ces tables, ornées de vases de fleurs, portait soixante tasses à thé, on peut évaluer à 600 le chiffre des personnes de toute condition sociale qui ont pris part à l'agape qui a été servie au milieu de la soirée...

» Il était réjouissant de voir ces centaines d'individus, naguère encore adonnés à l'ivrognerie, accompagnés de leurs femmes et de leurs enfants, heureux de se sentir entourés. Ce qu'il y a de très certain, c'est que la transformation morale des anciens buveurs a toujours eu pour conséquence immédiate une amélioration matérielle.

» Et ceux que leurs occupations font fréquemment circuler dans nos rues retrouvaient hier au soir d'anciennes figures jadis avinées ; des piliers de cabarets, devenus de bons pères de famille ; des paresseux transformés en citoyens actifs et utiles. Pour le bien très réel, très visible qu'elle a fait, la Société de tempérance et ceux qui l'ont fondée ont droit à la reconnaissance de tous les bons patriotes.

» La soirée était présidée par un de ces buveurs relevés, M. L.-H. R..., forgeron, un ancien nihiliste qui, selon ses propres paroles, était « tombé aussi bas que possible » et ne rêvait que la destruction de ces *bourgeois* parmi lesquels il a maintenant trouvé ses « frères les plus intimes. »

De nombreuses allocutions, discours et chants ont rempli la soirée. « C est au milieu du défilé de ces discours, qu'après le chant de l'hymne national, le thé, qui avait donné son nom à la soirée dont il avait fourni le prétexte, a été servi, dans le parterre de la salle, par des dames et des demoiselles de bonne volonte, qui faisaient le service de sommelières versant la boisson chaude dans les centaines de tasses et portaient une croix bleue pour toute décoration.

Les chants qui s'éxécutent dans les réunions de tempérance ont en général un caractère plutôt religieux. Mais la note patriotique ne manque pas, comme dans celui qui a pour titre « *Veillons pour la Patrie* » et dont voici la dernière strophe:

Pour offrir à la Patrie
Des soldats pleins de vigueur,
Jeunes gens, on vous convie
A quitter toute liqueur.
Qu'un sang pur coule en vos veines,
Que vos mains ne tremblent pas!
Et jamais de tristes chaînes
Ne viendront lier vos bras.
Venez donc sous la bannière
Du pays que nous aimons,
Proclamer que la prière
Rend plus fort que les boissons!
Et lorsque la moquerie
Lancera sur vous ses traits
Résistez pour la Patrie,
Pour sa gloire et pour sa paix.

Parmi les sociétés de tempérance, mentionnons enfin celles qui ont été fondées par des médecins, en Angleterre et en Amérique, *The british medical temperance Association* fondée le 30 mars 1876 par le D[r] Ridge. En 1884, une section filiale se forma à Dublin ; en 1885, une autre en Ecosse; une troisième en 1886, dans le nord de l'Irlande. Lors de sa fondation en 1876, la Société comptait 31 membres ; en 1892, il y en avait 415. Elle publie deux journaux *Médical temperance Journal* et *The medical Pioneer* qui ont puissamment contribué à modifier l'opinion courante des médecins sur l'action thérapeutique de l'alcool. L'association américaine est présidée par

le Dr N.-S. Davis, de Chicago, et a pour secrétaire le Dr Crothers, de Hartford (1).

Deuxième partie : Moyens répressifs et curatifs

L'ivrognerie a des conséquences si funestes pour la famille et la société qu'on a cherché à la réprimer par des punitions plus ou moins sévères. Les ordonnances législatives ont donc été d'abord des mesures de pénalité contre l'ivresse. Avec le développement progressif de l'alcoolisme dans notre siècle, l'insuffisance des mesures pénales a éclaté si manifestement que l'on a cherché à faire des lois répressives pour diminuer la consommation alcoolique. Les mesures législatives les plus diverses ont été prises dans ce but. Nous examinerons les principaux systèmes de ces législations. Enfin, on s'occupe de plus en plus aujourd'hui de la question de l'assistance des alcooliques que nous traiterons en étudiant les asiles pour buveurs.

LÉGISLATION PÉNALE.

La question de la législation pénale de l'ivresse a été récemment l'objet d'une étude approfondie au Congrès pénitentiaire international qui s'est tenu, en 1890 à Saint-Pétersbourg (2). La deuxième question du programme de la section du droit pénal de ce Congrès était ainsi conçue :

(1) (Voir *Tempérance in all nations*, t. II, p. 185). Son but essentiel est de déterminer, par des recherches strictement scientifiques, l'influence de l'alcool sur le corps humain et de faire connaître le résultat de ses études aux médecins et au grand public, afin de rendre l'opinion favorable à la prohibition officielle de la fabrication et de la vente de ce terrible poison.

(2) Voir les *Actes* de ce Congrès, volume II, Saint-Pétersbourg, 1890. Rapports sur les questions du programme de la section du droit pénal. J'ai dû la communication de ce volume à l'obligeance de M. le docteur Guillaume, directeur du Bureau fédéral de statistique, qui était secrétaire général du Congrès pénitentiaire international. Je lui en témoigne ici toute ma gratitude, ainsi que pour les autres documents qu'il a mis dès lors à ma disposition.

« De quelle façon l'ivresse peut-elle être envisagée dans la législation pénale :

« *a*) Soit comme infraction considérée en elle-même ;

« *b*) Soit comme circonstance s'ajoutant à une infraction et pouvant en détruire, atténuer ou aggraver le caractère de criminalité ? »

Onze rapports, la plupart très étendus, ont été présentés sur cette question par les jurisconsultes et les médecins les plus compétents du continent, entre autre par notre éminent confrère M le Dr A. Motet, médecin-expert près les tribunaux de Paris. Ces rapports envisagent la question dans son développement historique et dans son état présent chez les peuples civilisés. Nous résumerons aussi succinctement que possible les conclusions de ces différents rapports, sans nous écarter cependant du point de vue spécial auquel nous nous sommes placé dans cette étude et qui consiste essentiellement à rester sur le terrain pratique des mesures législatives efficaces contre l'alcoolisme.

D'après M. de Rohland (1), professeur de droit criminel à Dorpat, l'alcoolisme entre dans le domaine du droit pénal par le fait qu'il ne se borne pas à exercer son influence désastreuse sur le buveur seul, mais qu'il atteint aussi les droits d'autrui et les intérêts de la société que ce droit a pour mission de sauvegarder. Presque toutes les lois modernes sont d'accord pour ne punir que l'ivresse manifeste qui est une occasion de troubles et de scandale publics. Les pénalités sont l'amende et la prison d'arrêt ; elles varient sensiblement suivant les pays. Tandis qu'en France la simple amende est de 1 à 5 francs, elle va jusqu'à 30 lires en Italie et 22 florins en Hongrie. Dans le projet allemand d'une loi contre l'ivresse de 1881, l'amende peut-être portée jusqujà 100 marks et la prison jusqu'à 15 jours. En Danemark, l'homme ivre est ramené chez lui aux frais de l'aubergiste chez lequel il a bu son dernier verre.

Une autre disposition pénale qui répond bien à son but a été empruntée à la législation anglaise par le code du canton de Bâle (23 sept. 1872, art. 90) ; le code bavarois (20 déc. 1871, art. 82) ; les Pays-Bas (art. 22) ; la Suède, la Belgique et le

(1) *Actes,* loc. cit., p. 414.

projet allemand (art. 6). Cette disposition consiste à punir de peines plus sévères l'ivresse qui se produit dans certains lieux (au tribunal, à l'église, aux assemblées communales, aux enchères publiques), ou dans certaines occupations, pour les actes qui exigent une prudence spéciale ou qui constituent un danger pour autrui (exploitations de chemin de fer, maniement de machines, danger d'incendie, etc.).

Parmi les peines aggravantes qui peuvent être très efficaces, en cas de récidive, dans les campagnes et dans les petites villes, il faut signaler la défense de fréquenter les auberges pendant un temps déterminé, défense qui est inscrite dans les lois de beaucoup de cantons suisses : lois sur les auberges de Glaris (1853), Valais (1858), Argovie 1862), Unterwald-le Bas (1864), Lucerne (1864), Zoug (1869), Berne (1879), Appenzell Rh. Ext. (1880), Thurgovie (1880), Saint-Gall (1881), Schaffouse (1882), Soleure (1882), Fribourg (1888) et dans les codes criminels ou de police des cantons de Schaffouse (1859), Lucerne (1860 et 1861), Unterwald-le-Haut (1864), Berne (1866), Glaris (1867), Fribourg (1873), Appenzell Rh. Ext. (1878), Soleure (1885) et Neuchâtel (1890), et dans la loi autrichienne (en vigueur dans la Galicie, du 19 juillet 1877, art. 6). Lorsque le jugement est publié dans les journaux de la localité, affiché à la mairie et dans toutes les auberges, cette punition est extrêmement sensible à ceux qui en sont l'objet quand ils n'ont pas perdu tout sentiment d'honneur. Il va sans dire que le complément nécessaire de cette disposition est la défense faite aux débitants de délivrer des boissons enivrantes aux individus frappés de l'interdiction des auberges.

La plupart des législations ont adopté ce principe d'une aggravation plus ou moins considérable de la peine en cas de récidive (1). En Suède, le buveur récidiviste est puni de la perte de certains droits civiques ; quand il doit répondre pour la quatrième fois de son ivresse, il est déclaré incapable de prendre part à des élections ou d'être élu à des fonctions impliquant la confiance publique. De même en Belgique et en France. Dans plusieurs pays, on autorise la mise sous tutelle du buveur d'habitude, ou son internement dans une maison

(1) Actes du Congrès de Saint-Pétersbourg. Rapport de M. le Dr Rod. Heinze, professeur à Heidelberg, vol. II, p. 126.

de travail ou de correction, ou enfin son placement dans un asile spécial pour guérir les ivrognes. Nous reviendrons sur ces dernières mesures.

« Ce qui paraît dangereux dans toutes ces lois, dit avec raison Lilienthal, professeur de droit criminel à Marbourg (1), dans son rapport au Congrès de Saint-Pétersbourg, ce sont seulement les premières condamnations pécuniaires et privations de liberté très légères. Si l'on songe, en outre, que beaucoup d'amendes doivent, à raison de l'insolvabilité du condamné, être commuées en emprisonnement, il est hors de doute qu'il résultera de ces lois, chaque année une augmentation très considérable de courtes peines de prison (comme c'est le cas en France et en Allemagne). Ce n'est pourtant pas à ce résultat qu'on voulait arriver. Car il ne devait plus y avoir de doute que les courtes peines de prison sont, de toutes les punitions, celles qui répondent le moins à leur but, qu'elles sont même très nuisibles. » Lilienthal voudrait remplacer l'amende et l'emprisonnement d'un jour par la simple admonition qui suffirait au début, et qu'on remplacerait par des peines plus énergiques dans les cas où elle serait demeurée infructueuse.

L'excitation d'autrui à l'ivresse, spécialement s'il s'agit de personnes faibles d'esprit ou de jeunes gens au-dessous de 15 ou 16 ans, est punie de diverses peines dans plusieurs codes (Galicie, Italie, Suède, Norvège, Pays-Bas, Belgique, France, Russie, Angleterre, plusieurs cantons suisses). Le texte belge prévoit une pénalité pour « ceux qui auront provoqué ou accepté un défi de boire, lorsque ce défi aura amené l'ivresse d'un ou de plusieurs parieurs, sans toutefois entraîner l'incapacité de travail ou la mort. »

On trouve de même, presque partout, des dispositions pénales contre ceux qui donnent des boissons enivrantes à des personnes manifestement ivres, et contre ceux des débitants qui vendent sciemment des spiritueux à des buveurs d'habitude.

Nous n'avons mentionné jusqu'ici, parmi les peines accessoires dans certaines législations pénales qui frappent l'ivrogne, que celles qui, relevant du droit public, atteignent l'homme

(1) Actes. Vol. II, p. 239.

comme citoyen. Depuis quelques années on a introduit de plus en plus dans les mesures législatives contre l'ivrognerie le principe de la déchéance de la puissance paternelle, et il faut avouer que c'est là une nécessité plus urgente encore que la privation des droits civiques et politiques qui ne sauvegarde pas les intérêts des enfants contre les abus de pouvoir d'un père ivrogne. Le Dr Miquel, député du Reichstag, disait au Congrès de l'Association allemande contre l'abus des boissons alcooliques, tenu à Darmstadt, en 1887 : « J'estime beaucoup plus important de priver le buveur de la puissance paternelle que des droits publics. Si vous regardez les classes dans lesquelles l'ivresse est répandue principalement, vous ne pourrez pas méconnaître que la privation des droits de puissance vaut beaucoup plus que la privation du droit de suffrage. »

M. Fould, avocat à la cour de Mayence, a recommandé au Congrès de Saint-Pétersbourg (1) d'émettre le vœu que toute personne condamnée trois fois pour ivresse, dans un espace de dix-huit mois, soit privée des droits de la puissance paternelle pour un temps de cinq ans au minimum. Le Dr Jules Bergeron de Paris (2), recommande aussi depuis longtemps vivement cette mesure qu'il a fait introduire dans le projet de loi de protection de l'enfance maltraitée et abandonnée présenté au Sénat par notré éminent collègue M. le Dr Théophile Roussel.

Ce serait ici le moment d'examiner les conséquences de l'ivresse au point de vue médico-légal proprement dit, c'est-à-dire l'étude des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcooliques. Mais nous pensons que ce côté de la question n'appartient pas à notre programme, déjà très chargé. Nous renvoyons donc ceux qui désirent approfondir cette étude aux traités spéciaux et tout particulièrement au rapport remarquable de M. le Dr Motet au Congrès de Saint-Pétersbourg, qui donne en quelques pages un résumé lumineux et pratique de la question médico-légale de l'ivresse (3).

(1) Actes, *loc. cit.*, p. 229.

(2) La valeur des mesures adoptées dans plusieurs États de l'Europe pour lutter contre les progrès de l'alcoolisme. Compte rendu du *Congrès de la Haye*, 1893, p. 254.

(3) Actes du Congrès, vol. II, p. 261.

Voir aussi *Etude médico-légale, sur l'Alcoolisme*, par le Dr V. Vétault,

Il y a cependant un point dans cette question qui touche à notre sujet. L'irresponsabilité trop facilement admise et les acquittements trop fréquents des individus qui ont commis des crimes pendant l'ivresse. Nous pensons avec le Dr Lentz (1) que « transporter dans la pratique médico-légale les principes de la science pure, c'est donner le caractère d'une excuse légale à un fait répréhensible en lui-même, c'est légitimer une habitude immorale, un vice ; c'est préparer une excuse à bien des crimes. Une telle jurisprudence mènerait, si elle devenait générale, aux abus les plus criants, et en présence des progrès incessants de l'alcoolisme, ce serait un véritable crime de lèse-humanité que de permettre au vice le plus dégradant, qui ravale l'homme au niveau de la bête, de ruiner sa santé et de servir d'excuse à ses crimes. »

Nous adoptons enfin pleinement les conclusions si nettes du rapport de M. le Dr Motet, parce qu'elles nous paraissent répondre complètement aux questions médico-judiciaires soulevées par l'ivresse. Voici ces conclusions :

« L'ivresse est punissable, dit M. Motet, aussi bien que les délits ou les crimes commis sous son influence, lorsqu'elle est simple et qu'il était, manifestement, au pouvoir du délinquant de l'éviter.

« Elle est punissable, avec aggravation de la peine, lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour fournir l'appoint de détermination nécessaire pour commettre un crime ou un délit.

« L'ivresse est punissable, mais avec un degré d'atténuation qu'il appartient aux magistrats de déterminer, chez des individus faibles d'intelligence dont la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait être excusable lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger, et ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose.

Paris, 1887 ; l'ouvrage de Norman Kerr, *Inebriety*, 2e édition, Londres, 1889, et le mémoire du professeur Jolly (Berlin) à la réunion de la Société des psychiatres allemands, à Weimar, en 1891 : *Ueber Trunksucht in Bezug auf Zurechnungsfæhigkeit.*

(1) F. Lentz. — *De l'Alcoolisme et de ses diverses manifestations.* Bruxelles, 1884, p. 205.

« Les délits et les crimes ne peuvent pas être punis lorsqu'ils ont été commis pendant la période délirante, aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme. Il en est de même pour l'alcoolisme chronique, à l'heure où des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble durable de ses fonctions. »

Si on nous demande maintenant quels bons effets on peut espérer de l'intervention des mesures pénales contre l'extension de l'alcoolisme, nous devons répondre que malheureusement ses effets sont bien minimes et que toutes les pénalités du monde n'ont jamais pu enrayer la propagation de l'alcoolisme. D'un côté, les amendes et les courtes peines d'emprisonnement n'atteignent pas leur but et sont souvent directement nuisibles, comme nous l'avons dit ; de l'autre, les peines plus sévères et les lois draconiennes ne sont pas appliquées et manquent par conséquent aussi leur but. On ne saurait blâmer les tribunaux qui hésitent à condamner un ivrogne à une détention prolongée dans les prisons ou dans les maisons de correction, quand ils savent que cette mesure est inefficace et même injuste, car tout conspire dans l'organisation actuelle de l'État et de la société pour faire tomber le malheureux, incapable de résister aux tentations qui l'entourent. C'est que la guérison et la prévention de l'ivrognerie ne sont pas dans les mesures pénales de la législation ; le remède est ailleurs et voilà pourquoi les jurisconsultes les plus compétents se rallient aujourd'hui aux médecins qui demandent la création d'asiles spéciaux pour le traitement des ivrognes.

L'ivrognerie, en effet, n'est pas punissable comme l'ivresse, car, aux yeux des médecins, l'ivrognerie est une maladie, ainsi que le Dr Rush l'a proclamé le premier. Le Dr Sonderegger, de Saint-Gall, dit que la condamnation correctionnelle de l'ivrognerie serait risible si elle n'était pas une triste erreur. Il serait tout aussi rationnel de condamner les épileptiques pour leurs accès que les ivrognes pour leurs excès.

LÉGISLATION CIVILE

Nous avons déjà parlé de la déchéance de la puissance paternelle, temporelle ou définitive, dont on peut frapper l'ivrogne

d'habitude dans certaines circonstances, comme d'un moyen propre à sauvegarder les intérêts, la santé et la moralité de ses enfants. Chacun comprendra l'urgence d'une loi semblable lorsqu'il saura que l'alcoolisme est la plus fréquente de toutes les causes de l'abandon moral et matériel de l'enfance.

Depuis quelques années, on s'occupe beaucoup, surtout en Allemagne (1), à l'occasion du nouveau projet de loi sur l'ivrognerie, d'une autre mesure qui peut sûrement devenir un palliatif efficace de l'ivrognerie. Il s'agit de l'interdiction des buveurs et de leur mise sous curatelle. Les jurisconsultes allemands les plus compétents (Dr Schwarze, président du Sénat; Dr von Strasser, Dr Fould, Lammers, Miquel, Makover, cités par A. Baer (2) sont tous plus ou moins d'avis que cette interdiction de l'ivrogne ne peut pas être prononcée d'après la procédure usitée chez les dissipateurs et les aliénés, mais qu'elle doit faire l'objet de mesures législatives spéciales. Une expertise médicale est nécessaire, en effet, pour motiver l'interdiction, ce qui n'est pas le cas pour les dissipateurs, mais ce serait un singulier abus que d'assimiler l'ivrogne à l'aliéné, car beaucoup de buveurs pouvant être considérés comme psychopathes, ne sont assurément pas aliénés au sens propre du mot.

On risque cependant de faire fausse route dans cette direction, et de perdre de vue le vrai but à atteindre, si l'on poursuit l'interdiction du buveur avant de s'occuper de sa guérison. Nous nous retrouvons ici (comme cela est arrivé chaque fois que nous avons discuté des mesures législatives applicables aux alcooliques) en face du problème médical du traitement des buveurs.

Tant que l'on peut espérer la guérison d'un alcoolique, il n'y a pas lieu de l'interdire, et ceux qui ont fait de l'interdiction une nécessité préalable du placement de l'ivrogne dans un asile pour buveurs ont compromis d'emblée l'efficacité de cette mesure. Le Dr A. Schmitz, médecin-directeur d'un asile pour

(1) Réunion de l'Association allemande contre l'abus des boissons alcooliques, à Darmstadt, en 1887.

— Actes du XIXe Congrès des juristes allemands, à Stettin, 1888.

— Répression de l'alcoolisme, interdiction, collocation, vœu du Congrès de Bruxelles de 1880, proposé par le Dr Petithan. Liège, 1881.

(2) Dr Baer. — *Die Trunksucht*, 1890.

névropathes, morphinomanes et alcooliques, à Bonn (Provinces-Rhénanes), a traité cette question avec une grande compétence, et il est arrivé à la conclusion qu'on ne doit interdire que les ivrognes reconnus comme absolument incurables. La mesure d'interdiction est l'*ultima ratio* à laquelle il ne faut avoir recours que si on a perdu tout espoir de guérison (3). Il en est autrement si l'on se borne, comme dans le cas d'aliénation mentale, à nommer un curateur à l'ivrogne que l'on aura placé pour un temps déterminé dans un asile spécial en vue de son traitement.

En tout cas, jamais l'interdiction d'un ivrogne ne devrait avoir lieu sans le rapport motivé d'un ou de plusieurs experts médicaux, et il nous paraît nécessaire aussi de faire intervenir l'expert médical lorsqu'il s'agit de lever l'interdiction. Celle-ci doit pouvoir être levée, en effet, aussitôt que les motifs qui l'avaient fait prononcer n'existent plus.

La proposition de ne pas reconnaître les dettes de cabaret remonte au moyen-âge. Dès lors, on trouve une prescription semblable dans un grand nombre de législations. La loi autrichienne du 19 juillet 1877, pour les royaumes de Galicie, de Bukovine, etc., renferme un paragraphe 2 qui refuse aux aubergistes la réclamation en justice des dettes contractées pour la consommation de boissons spiritueuses. Le projet autrichien de 1891 contient aux paragraphes 9, 10 et 12 des dispositions analogues.

Le professseur Pilat a signalé une conséquence de la loi de 1877, en Galicie, qui est tout à fait caractéristique. Il a constaté que les ventes juridiques forcées dans les campagnes et les petites villes de ce pays ont considérablement augmenté en 1878 par le fait que les créanciers se sont entendus avec leurs

(3) *Die Entmündigung Trunksüchtiger vom medizinischen Standpunkte*, von, Dr A. Schmitz. Bonn, 1892.

Voir aussi Compte-rendu du *Congrès de La Haye*. 1893, p. 309 : « *Mesures réstrictives de la liberte dans le droit civil* », par le Dr A. Schmitz, de Bonn.

Dr Mittenzweig. — Zur Entmündigung wegen Trunksucht (Sonder-Abdruck. aus Heft 22 nov. 1891 der « Zeitschrift für Medizinalbeamté ».)

Dr Siemens. — Zur Frage der Entmündigung der Alkoholiker. — Separat-Abzug aus dem offiziellen Bericht der VIII, Hauptversammlung des Preussischen Medizinal-Beamten-Vereins.

débiteurs, avant l'entrée en vigueur de cette loi. Les aubergistes et les buveurs se sont mis d'accord pour ajouter au capital des accessoires de tout genre, afin de faire ainsi disparaître la trace de l'origine réelle de leur créance.

On trouve en Suède, la même prescription de non-reconnaissance des dettes de cabaret dans différentes lois, en particulier dans l'ordonnance royale du 24 octobre 1885, sur la vente du vin et des boissons maltées. L'article 17 de la loi belge sur l'ivresse contient une mesure analogue et l'art. 32 du projet de loi sur les auberges, actuellement soumis au Grand Conseil du canton de Berne, s'exprime ainsi (1):

« Art. 32. — Les dettes provenant d'écots faits dans une auberge ne peuvent donner lieu à une action en justice. Sont exceptées :

« *a*) Les dettes pour banquets et festins ;

« *b*) Les dettes provenant de pensions fournies ou de dépenses faites par des personnes en voyage. »

On a proposé d'aller plus loin encore et de rendre les cabaretiers responsables des accidents arrivés par le fait d'un ivrogne qu'ils ont mis à la porte sans s'inquiéter des conséquences qui peuvent en résulter pour lui-même ou pour les autres. Le professeur Mendel, de Berlin, propose aussi de faire porter aux aubergistes la responsabilité des dégâts commis chez eux par le buveur, afin de les rendre prudents et de contrebalancer l'intérêt qu'ils ont à faire boire plus que de raison (2).

Le Dr Schmitz, de Bonn, combat cette proposition en faisant remarquer qu'un homme ivre, auquel on aurait refusé la boisson, pourra entrer dans une fureur à tout casser et faire beaucoup de dégât sans qu'il y ait de la faute de l'aubergiste Mais Schmitz admet cependant qu'on ne devrait pas reconnaître les dettes de boisson, dans l'intérêt du buveur et de sa famille. Trop souvent le crédit que l'ivrogne trouve au cabaret a eté la cause de la misère dans son intérieur. Le refus de recevoir une action

(1) Cette loi a été acceptée par le peuple bernois le 15 juillet 1894 par 27,480 voix contre 17,927 (Nous ne savons si l'art. 32 du projet avait été accepté par le Grand Conseil).

(2) Mendel. — Die Geisteskranken in dem Entwurf der bürgerlichen. Gesetzbuches für das deutsche Reich. Vierteljahrschrift für Geritcht, med. 50e volume, p. 105.

en justice pour le paiement de dettes semblables est donc une mesure législative que l'on peut recommander, sans en attendre néanmoins un résultat pratique bien efficace contre l'alcoolisme.

LÉGISLATION SPÉCIALE CONTRE L'ALCOOLISME

Tous les peuples civilisés ont cherché à réprimer le fléau de l'ivrognerie par des lois spéciales, et cela dès l'antiquité, comme le rapporte Montesquieu dans le chapitre où il traite « Des lois qui ont rapport à la sobriété des peuples (1) ». Dans notre siècle on a expérimenté les systèmes les plus divers qui peuvent se ramener en définitive à cinq types principaux :

A. Les taxes, impôts et accises sur les alcools;

B. La réduction du nombre des débits ;

C. Les systèmes de licences de Gœteborg et de Bergen ;

D. Le monopole de l'État ou système suisse;

E. La prohibition absolue locale ou nationale, ou système américain.

Examinons ces différents systèmes, étudions leurs avantages et voyons les résulats qu'ils ont donnés dans les pays ou ils ont été adoptés.

A. — Taxes et Impôts.

Parmi les mesures législatives qui ont été prises pour réduire la consommation de l'eau-de-vie, aucune n'est plus généralisée que l'impôt. Mais cette mesure n'atteint son but que si la perception de cet impôt est entourée de garanties suffisantes pour assurer le paiement réel de la taxe et si la législation a pris soin de dégrever parallèllement les autres boissons (vin, bière, thé, café, etc.), d'autant plus qu'elles contiendront moins d'alcool. Il est évident que si l'eau-de-vie, grâce à l'imposition des autres boissons, reste la consommation la moins chère, on la boira toujours de préférence aux autres, ce qui rend illusoire la réduction de l'alcoolisme par l'impôt.

L'organisation de l'accise, en Angleterre, a permis de frapper l'alcool, dans ce pays, d'une taxe plus élevée que partout ailleurs et de restreindre par ce moyen, peut-être jusqu'à un certain point, la consommation progressive de l'eau-de-vie, bien

(1) De l'Esprit des lois, livre XIV, chapitre X.

qu'elle n'ait cessé d'augmenter d'année en année, comme le démontre le tableau suivant, qui donne en livres sterling la consommation en boissons alcooliques du Royaume-Uni depuis 1860.

Années	
1860	84,220,000 livres sterling.
1865	106,439,000
1870	118,836,000
1875	142,876,000
1880	122,279,000
1890	139,4 5,000
1891	141,250,000

Cependant on se tromperait fort si l'on pensait qu'il suffit de dégrever le vin et la bière pour voir disparaître l'alcoolisme. Les statistiques démontrent que, trop souvent, les pays qui consomment le plus de bière et le plus de vin sont aussi ceux qui présentent une forte consommation d'eau-de-vie, ainsi l'Allemagne, la Belgique, la Suisse, le Danemarck, l'Angleterre. On ne saurait donc accepter l'opinion des auteurs allemands, qui célèbrent la bière comme remplissant une mission civilisatrice dans la lutte contre l'alcoolisme. On pourrait à la rigueur, et avec plus de vraisemblance, soutenir cette opinion en faveur du vin, quoique l'alcoolisme ait envahi peu à peu les pays de vignobles comme le nord de l'Italie, la France et la Suisse.

Un des exemples les plus frappants qui prouvent l'insuffisance des taxes élevées pour diminuer la consommation des boissons alcooliques nous est fourni par Marseille. La municipalité de cette ville a surélevé, en 1889, l'impôt communal sur les boissons dans le double but d'en faire bénéficier le budget municipal et d'enrayer d'un autre coté la consommation croissante de l'alcool. Qu'en est-il résulté ? Voici la réponse de M. Eugène Rostand, qui nous la donne dans un livre rempli de généreuses aspirations et qui renferme une mine inépuisable de documents et de renseignements de toute sorte sur la question ouvrière (1).

« Ainsi la surélévation de l'impôt communal, commencée

(1) Eugène Rostand. — *L'action sociale par l'initiative privée, avec des documents pour servir à l'organisation d'institutions populaires et des plans d'habitations ouvrières.* Paris, 1892, p. 610.

en 1889, a bien fait obtenir un des deux buts qu'on s'était proposé en la décidant ; elle a apporté à un budget mal équilibré un large et légitime accroissement de ressources. Mais l'autre but, le but d'hygiène et de moralité, la restriction de l'usage du poison, le ralentissement du fléau, on n'y est pas arrivé. En comparant les perceptions opérées par l'octroi d'avril à octobre 1889 et celle des mois correspondants de l'exercice 1888, on pouvait espérer qu'on tendrait tout de suite, sinon à une baisse, au moins à un arrêt dans la progression foudroyante qui date de treize à quatorze ans ; cette espérance ne s'est pas confirmée... »

Voici les chiffres de la consommation de l'alcool à Marseille.

En 1876	7,300	hectolitres.
En 1882	13,000	—
En 1883	14,000	—
En 1884, plus de	17,000	—
En 1885, plus de	17,000	—
En 1887	17,204	—
En 1888	17,505	—
En 1889, plus de	18,000	—

Les expériences les plus probantes, faites dans les divers pays et dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici, ont eu pour résultat de démontrer clairement, en résumé, que l'impôt sur les boissons alcooliques est impuissant, à lui seul, contre le fléau de l'alcoolisme, mais que, d'un autre côté, les autres mesures législatives sont stériles lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'une taxe élevée sur l'eau-de-vie, avec un dégrèvement correspondant des boissons hygiéniques.

Le *Bulletin de statistique* de mars 1894 nous fournit pour la France des chiffres qui ont leur éloquence. La récolte de cidres et de vins ayant été excessivement abondante en 1893, la consommation de ces boissons a augmenté, et celle de l'alcool a diminué dans une égale proportion. L'impôt a donné 15 millions de moins sur les droits de l'alcool et 18 millions de plus sur les cidres, vins et bières. La consommation de l'alcool, qui était en 1892, de 4 litres 56 par tête de population en France, est tombée en 1893 à 4 litres 32.

On ne saurait du reste envisager la consommation des bois-

sons alcooliques uniquement au point de vue financier. Le côté hygiénique et moral de la question ne devrait jamais être négligé par les législateurs.

En Amérique, la bière n'a pas fait diminuer la consommation du whisky, comme le prouvent les chiffres suivants, d'après les données officielles de l'administration des impôts (Le *gallon* vaut 4 1 2 litres).

ANNÉES	BOISSONS SPIRITUEUSES FABRIQUÉES		BOISSONS FERMENTÉES FABRIQUÉES		POPULATION
	Gallons	Prod. de l'impôt — Dollars	Gallons	Prod de l'impôt — Dollars	
1885	76.405.074	67.511.208 63	594.764.543	18.230.782 03	56.389.015
1886	81.849.260	69.092.266 »	642.038.923	19 676.731 29	57.635.662
1887	79.433.446	65.829.321 71	716.767.306	21.922 187 49	58.882.309
1888	71.688.188	69.306.166 41	765.086.789	23.324.218 49	60.128.956
1889	91.133.550	74.312.206 33	778.715.443	23.723.835 26	61.375.603
1890	111.101.738	81.687.375 09	854.420.264	26.008.534 74	62.622.250
1891	117.767.101	83.335.963 64	945.413.479	28.565.129 92	63.868.897
1892	118.436.506	91.309.983 65	987.555.406	30.037.452 77	65.115 554
	Spiritueux par tête — Gallons		Boiss. ferment. par tête — Gallons		
1885	1.357		10.547		
1886	1.420		11.140		
1887	1.349		12.171		
1888	1.192		12.725		
1889	1.338		12.688		
1890	1.776		13.644		
1891	1.840		14.802		
1892	1.833		15.166		

B. — Réduction du nombre des débits.

Il semble rationnel d'admettre que la consommation de l'alcool marche parallèlement au nombre des débits et la presque unanimité des auteurs professe, en effet, cette opinion. Quel-

ques-uns même, Hoffman, Casper, Baër, etc., mesurent directement la fréquence de l'ivrognerie dans un pays au nombre de ses cabarets. Il suffit, en conséquence, d'après ces prémices, de réduire le nombre des débits pour diminuer d'autant celui des buveurs. Dans plusieurs pays, les lois sur les auberges se sont inspirées de cette théorie et ont limité le chiffre des cabarets suivant le système du nombre normal de la population, c'est-à-dire suivant les besoins fixés officiellement comme normaux (1).

Mais l'enquête du Conseil fédéral suisse a montré que le parallèle entre la consommation des boissons alcooliques et le nombre des débits n'était point une règle générale comme on le croyait. Résultat étrange et bien paradoxal. L'enquête fit voir que les cantons ayant le plus de débits de boissons sont précisément ceux qui ont le moins à souffrir des abus de l'eau-de-vie et de leurs effets, tandis que les cantons qui ont le moins d'auberges, à l'exception du Valais, sont particulièrement infestés.

« Ce même phénomène », ajoute le rapporteur (2), « qui est « en contradiction avec l'opinion qui a cours aujourd'hui, se « retrouve, lorsqu'on compare la fréquence de l'ivrognerie « avec le nombre des auberges, dans les différentes parties de « la Prusse (anciennes provinces), des Pays-Bas et de la Rus- « sie, ainsi que dans les trois royaumes de la Grande-Bretagne. « C'est dans les contrées où les auberges sont les moins nom- « breuses que les abus de l'eau-de-vie exercent le plus de ravages. »

Ce phénomène s'explique naturellement lorsqu'on se rend compte, d'une part, que le nombre des cabarets n'est qu'un des facteurs en cause dans la question de l'alcoolisme, et de l'autre que, dans les pays susnommés, la consommation de l'eau-de-vie est entrée dans l'alimentation populaire et se fait surtout à domicile d'une façon régulière, tout particulièrement pernicieuse.

(1) Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur la *Question de l'alcoolisme,* du 20 novembre 1884.

(2) C'est ce que vient de faire tout récemment encore la loi bernoise sur les auberges, acceptée à une forte majorité par le peuple le 15 juillet dernier.

Parmi les lois récentes contre l'abus des boissons alcooliques qui ont cherché à restreindre la consommation de l'alcool en limitant le nombre des cabarets, aucune peut-être n'a réglé cette limite d'une manière plus rigoureuse que la loi néerlandaise du 28 juin 1881. Il est intéressant d'examiner les effets qu'elle a déjà obtenus. L'article 2 de cette loi est ainsi conçu :

« Art. 2. — Le nombre des autorisations (pour vendre des spiritueux en détail) à délivrer ne peut excéder :

« Dans les communes de plus de 50,000 âmes, 1 sur 500 habitants ;

« Dans les communes de 20,000 à 50,000 âmes, 1 sur 400 habitants ;

« Dans les communes de 10,000 à 20,000 âmes, 1 sur 300 habitants ;

« Dans les autres communes, 1 sur 250 habitants. »

Avant 1881, la vente des boissons alcooliques était complètement libre en Hollande, et il existait dans ce pays 45,000 débits environ au moment où la loi fut promulguée. Or, en 1891, il n'en restait plus que 25,000, c'est-à-dire qu'ils avaient diminué environ de moitié. Le maximum permis par la loi n'est que de 12,000, mais ce chiffre ne sera atteint que lorsque les concessions autorisées pendant vingt ans ou à vie par les articles provisoires auront pris fin.

Plusieurs orateurs ont apporté au Congrès de la Haye (août 1893) des documents instructifs sur les résultats de cette loi. M. H. Goeman Borgesius (1) pense que la loi de 1881 a surtout agi par l'effet moral qu'elle a produit en attaquant l'ivrognerie comme une plaie sociale et en répandant dans le peuple la conviction que la lutte contre l'alcoolisme était un devoir de la société. Quant à son effet direct sur la diminution de la consommation des alcools, il ne paraît pas encore très réel, puisque cette consommation, qui était montée de 7 à 9 litres par tête de population de 1850 à 1880, n'est redescen-

(1) Congrès de la Haye, *loc. cit.*, p 279. « *Discours sur les licences ou autorisations pour la vente des boissons fortes en détail, telles qu'elles sont réglées par la loi néerlandaise* ».

due qu'à 8,7 litres depuis 1881. Plusieurs orateurs, entre autres M. Van Schermbeck, commissaire en chef de la police à La Haye, le docteur W.-P. Ruysch et le docteur F.-W. J. George Snijder van Wissenkerke appuient l'opinion de M. Borgesius et sont persuadés aussi que la loi a fait du bien, mais ils n'apportent pas de preuves statistiques convaincantes en faveur de leur opinion. M. Snijder dit par exemple que le nombre des contraventions à cette loi a diminué d'année en année et est tombé de 39,800 en 1882, à 28,500 en 1887, mais cela prouve peut-être seulement que la loi est de moins en moins respectée, comme l'a affirmé le docteur Gunning, qui s'est fait rappeler à l'ordre par le président. Par contre, les chiffres apportés par M. van der Meulen, de Beilen (1), démontrent qu'il n'y a aucune relation entre la consommation des liqueurs fortes et le nombre des débits. Voici les principales conclusions de M. van der Meulen :

« 1° En 1890, le nombre des débits à licence, en proportion des maxima de la loi, était le suivant dans les différentes provinces de la Hollande, et la consommation des boissons fortes, pendant la même année, se montait, par tête d'habitant, à :

PROVINCES.	NOMBRE DES DÉBITS par rapport au maximum légal.	CONSOMMATION PAR TÊTE.
Utrecht	1,635	10,31 litres.
Hollande septentrionale	1,62	11,2 —
Frise	1,61	7,05 —
Zélande	1,60	5,75 —
Drenthe	1,599	7,64 —
Brabant septentrional	2,214	6,86 —
Groningue	2,134	10,98 —
Gueldre	1,554	8,36 —
Hollande méridionale	1,484	10,27 —
Overijssel	1,444	9,40 —

» En 1890, il y avait 1 licence pour tant d'habitants (*a*) et un nombre de litres consommés par tête (*b*) dans les provinces du royaume :

(1) Congrès de la Haye, *loc. cit.*, p. 297. « *Statistique sur les conséquences de la loi néerlandaise de 1881* », avec de nombreux tableaux.

Provinces.	(a) Nombre des licences par rapport à la population Une licence sur	(b) Consommation par tête.
Hollande septentrionale	221 habitants...	11,2 litres.
Hollande méridionale..	225 — ...	10,27 —
Overijssel	189 — ...	9,40 —
Utrecht...............	192 — ...	10,31 —
Zélande	160 — ...	5,75 —
Drenthe..............	162 — ...	7,64 —
Gueldre	175 — ...	8,36 —
Frise.................	172 — ...	7,05 —
Groningue............	127 — ...	10,98 —
Brabant septentrional..	121 — ...	6,86 —

» 3° Le nombre des licences, en 1890, comparé à celui de 1880, ce dernier étant égal à 100 (*c*); la consommation des boissons fortes en 1890 comparée à celle de 1886, cette dernière étant égale à 100 (*d*) :

Provinces	(c) Nombre des licences an 1890. (Celui de 1880=100.)	(d) Consommation des boissons fortes en 1890. (Celle de 1880=100.)
Overijssel..............	88,7	100,1
Hollande septentrionale..	86,5	89,9
Gueldre................	85,9	90,9
Utrecht................	82,6	90,3
Hollande méridionale...	82,3	87,1
Brabant septentrional...	79,5	93,6
Frise..................	78,6	78,9
Drenthe...............	78.5	88,3
Zélande...............	78,3	92,4
Gueldre	77,3	84,7

L'auteur conclut de ces chiffres statistiques qu'il n'y a aucune relation, en Hollande, entre les fluctuations du nombre des licences (leur diminution et leur accroissement) et la diminution ou l'accroissement de la consommation des boissons alcooliques.

Ces conclusions confirment donc celles de l'enquête du Conseil fédéral suisse et l'exemple de la Hollande, dont la loi de 1881

a fait baisser en quelques années de près de moitié le nombre des cabarets sans influencer sensiblement sur la consommation de l'alcool, nous prouve une fois de plus que les mesures législatives les mieux appropriées n'ont que peu d'effet sur le fléau de l'alcoolisme, tant que l'opinion publique ne les soutient pas énergiquement.

De nombreuses statistiques prouvent qu'il n'y a pas une corrélation nécessaire entre le nombre des débits et la consommation alcoolique. Le Dr Mœller (1) cite l'exemple de la Grande-Bretagne qui corrobore les résultats de l'enquête du Conseil fédéral suisse. En Angleterre, où il y avait 565 débits pour 10,000 habitants, la consommation de l'eau-de-vie était en 1879-1880, de 2,95 litres par tête ; en Ecosse, où il n'y a que 346 débits pour 10,000 habitants, la consommation était, au contraire, plus élevée, de 7,95 litres par tête. En Irlande, où il y a 357 débits par 10,000 habitants, c'est-à-dire un peu plus qu'en Ecosse, la consommation n'est que de 4,54 litres par tête. M. Georges Hartmann est arrivé aux mêmes conclusions pour la France en rectifiant les tableaux recueillis par M. Claude (des Vosges).

Il n'en est pas moins vrai que le nombre des débits n'est pas un facteur indifférent et négligeable dans la question de l'alcoolisme. Si l'on ne peut plus, après ce que nous avons dit, toujours juger de l'extension de ce fléau dans un pays d'après le nombre de ses cabarets, comme Hoffmann, Casper, Baer et d'autres auteurs le pensaient, il faut néanmoins reconnaître que plus ce nombre s'accroît rapidement, plus il devient significatif. M. Léon Say, dans son important rapport au ministre des finances en donne une preuve qui nous paraît péremptoire (2).

« C'est depuis dix ans, dit-il, que les hygiénistes ont surtout jeté leur cri d'alarme, et c'est depuis dix ans que tout le monde s'accorde à dire que le nombre des débits de boissons s'est le plus accru. Le nombre des débits s'est donc accru en même temps que le mal; c'est quand ce nombre a pris l'allure la plus rapide que le fléau de l'alcoolisme a produit les effets les plus

(1) *Loc. cit.*, p. 122.

(2) Rapport général fait au nom de la Commission extra-parlemendes alcools (1888) par M. Léon Say., Paris, 1890, p, 49.

faciles à discerner. C'est un fait d'observation d'où l'on doit tirer des conclusions identiques à celles de M. Claude, conclusions dont la force s'ajoute à celles des observations morales.. Les débits sont une tentation et cette tentation est un danger. La tentation, en s'exerçant sur des esprits affaiblis dont la résistance décroît en raison même des abus antérieurs, est une des causes les plus manifestes du progrès du fléau qu'il s'agit de combattre. »

Un membre de la Société d'Utilité publique de Bâle, M. Traugott Siegfried professait les mêmes opinions dans un travail qui fit époque en Suisse lors des discussions sur l'alcoolisme qui précédèrent l'élaboration des nouveaux articles de la Constitution fédérale (1). « On conteste encore souvent dit l'auteur, que l'augmentation des débits doive accroître l'effet de la boisson. A la vérité cet excès pourrait exister sans auberges nombreuses; c'est ce qui arrive dans les contrées où chaque paysan peut distiller de l'eau-de-vie et chaque épicier en vendre. Mais il n'en est pas moins juste d'affirmer que de nombreux cabarets poussent nécessairement à l'ivrognerie. »

Pour que la réduction du nombre des cabarets ait réellement l'influence qu'on en attend, il faut qu'elle soit poussée à l'extrême, comme en Norwège, en Suède et en Finlande, et dans plusieurs États de l'Union américaine, et il est nécessaire qu'on l'accompagne, en outre, d'autres mesures législatives sur la fabrication et le commerce des spiritueux.

Quant aux auberges, il va sans dire que l'État devrait être très sévère sur les conditions hygiéniques des locaux et la moralité des tenanciers, aussi bien que sur les mesures de police, les droits de patente et toutes les autres prescriptions législatives capables d'améliorer et d'assainir cette industrie. Nous aurons l'occasion de revenir sur quelques-unes de ces prescriptions, qui se sont montrées efficaces, en traitant du système de Gœteborg, dont nous allons maintenant nous occuper.

(1) *Les cabarets et l'intempérance en Suisse.* Traduit de l'allemand de Traugott Siegfried in *Bulletin de la Société genevoise d'Utilite publique,* Tome VI, 2e série, no 26, 1883. p. 584.

C. Systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen.

Montesquieu a dit : « La loi de Mahomet, qui défend de boire du vin, est une loi du climat d'Arabie : aussi, avant Mahomet, l'eau était-elle la boisson commune des Arabes...

« Une pareille loi ne serait pas bonne dans les pays froids, où le climat semble forcer à une certaine ivrognerie de nation, bien différente de celle de la personne. »

Cette opinion du célèbre écrivain est devenue un dogme et nous savons que le mot « alcoolisme » a été introduit dans la science en 1849 par Magnus Huss, de Stockholm, dont l'ouvrage classique a été couronné du prix Monthyon par l'Institut de France.

La fabrication de l'eau-de-vie a toujours constitué en Suède une branche importante de l'agriculture et cette industrie, à peine frappé par l'impôt, finit par prendre un développement excessif. Chaque propriétaire foncier, grand ou petit, possédait sa distillerie, plus ou moins mal outillée, de sorte qu'on comptait, depuis 1830 environ, plus de 170,000 distilleries en Suède. On conçoit combien un semblable état de choses était favorable au developpement de la maladie si bien décrite par Huss.

Il fallut 25 ans de luttes pour que l'opinion publique forçât le gouvernement à attaquer le mal par la législation réformatrice de 1855, contre laquelle se manifesta du reste une telle opposition des petits propriétaires campagnards, qu'on fut parfois obligé de faire respecter les ordonnances royales par la force des armes (1). Ce qui caractérise les ordonnances de 1855, c'est que, contrairement à ce qui se passait auparavant, elles tendent à supprimer les distilleries domestiques pour concentrer la fabrication dans un petit nombre d'établissements placés sous le contrôle de l'État et payant des droits élevés de fabrication. Un contrôleur officiel, logé et nourri par le fabricant, mais payé par l'État, est attaché à chaque distillerie. Pour surveiller l'ensemble du contrôle on créa un bureau

(1) Voir l'historique très complet de cette question dans l'*Exposé comparatif* du bureau fédéral de statistique.

spécial au département des finances. La suppression complète et définitive des distilleries domestiques eut lieu en 1860, en vertu d'un arrêté de la Diète.

Le succès de cette législation fut complet dans les campagnes, où l'on ne trouvait plus que 493 licences de débits, une année seulement après la mise en vigueur des nouvelles lois. Mais dans les villes le grand nombre d'anciens débits privilégiés empêchait l'exécution de ces lois et les abus persistaient. Le système de licence de *Gœteborg* ou *Gothenbourg* fit pour les villes ce que les ordonnances de 1855 avaient fait pour les campagnes.

Ce système repose sur la création de sociétés par actions qui achètent à l'encan, dans un but philantropique, les patentes de la vente au détail de l'eau-de-vie et cherchent par ce moyen à réduire le nombre des débits et à protéger les villes contre la spéculation des cabaretiers. Dans ce but, la Société ne confie la vente au détail qu'à des personnes qui n'ont aucun intérêt personnel à ce commerce ; elle verse le bénéfice réalisé dans les caisses communales, qui l'emploient en œuvres de bienfaisance, spécialement au développement et à la moralisation de la classe ouvrière.

La « Société de l'octroi » (ou Compagnie nommée *Bolag*) de Gœteborg se constitua le 22 août 1865. Elle est devenue le modèle de toutes celles qui existent actuellement en Suède, en Norwège et en Finlande. Voici comment son but est défini au paragraphe 2 de ses statuts :

« La Société (ou *Bolag*) a pour but de se charger, dans la ville de Gœteborg et ses faubourgs, moyennant une permission en bonne et due forme, de tout débit d'eau-de-vie, d'alcool et de boissons spiritueuses distillées, indigènes ou étrangères, pour lequel la licence était autrefois mise à l'encan ; elle se charge en outre d'exercer l'exploitation de ces débits *sans viser à son propre gain* ».

La proposition de remettre l'exploitation des débits à une Société qui l'entreprendrait, non pas en vue de son propre bénéfice, mais pour le bien de la classe ouvrière, fut faite aux autorités de la ville de Gœteborg en avril 1865, par un comité qui avait été chargé de faire une enquête sur les causes du paupérisme dans cette ville. Sur l'initiative de ce comité

se fonda le Bolag dont nous venons de rappeler l'article fondamental des statuts.

D'autres Sociétés ayant des buts analogues s'étaient déjà fondées auparavant dans de petites villes en Suède, Falun, le 21 octobre 1850, Jœn Kœping en 1852 ; mais aucune n'a pris le développement de celle de Gœteborg, qui est la seconde ville de Suède et compte près de 100.000 habitants.

On a souvent méconnu le véritable but du système et on l'a critiqué parce qu'on ignorait ses vrais résultats (1). On l'a condamné, par exemple, parce qu'on rencontrait des individus ivres dans la ville où il était introduit. On l'a porté aux nues, d'autre part, à cause de ses résultats financiers. Mais jamais le système de Gothenburg n'a eu pour but de supprimer l'ivresse ni de favoriser les finances municipales. Il faut le juger uniquement, comme l'expose très bien le Dr Wieselgren (2), d'après le but moral qu'il cherche à remplir en améliorant le bien-être et la moralité des classes ouvrières. Ce but a été faussé cependant jusqu'à un certain point, en Suède, par une clause introduite plus tard dans la licence accordée aux bolags, afin d'écarter la concurrence d'autres Sociétés, clause qui prescrit le versement intégral du bénéfice net des compagnies de l'octroi dans les caisses communales. En Norwège, où le système de Gothenburg a été adopté, les Sociétés (nommées *Samlag*) ont conservé intact le droit de disposer de leurs bénéfices pour des œuvres d'utilité publique. Wieselgren déplore qu'il n'en soit pas de même en Suède, où le système menace de revêtir un caractère financier nuisible à son vrai but.

Les principaux avantages du système de Gothenburg sont :

1° Que toutes les boissons alcooliques vendues par les bolags

(1) Le système a été surtout critiqué par les Anglais et les Américains. Voir le rapport de M. *Lewis*. First Report from the select Comittee of the House of Lords on Intemperance, 1873, et *Pitman* Alcohol and the state New-York, 1880.

L'exposé comparatif du bureau fédéral suisse de statistique (1884) donne un résumé détaillé de ces rapports.

(2) Von den Wirkungen des Gothenburger-Systèms von *Sigfried Wieselgren*. Compte-rendu du Congrès de Christiani, 1891, p. 79.

Voir aussi « Le système de Licence de Gœteborg » par le même, 1882.

sont atteintes par l'impôt, ce qui est loin d'être le cas pour les autres débits. Ainsi, pendant l'année de contrôle 1887-1888, les bolags ont vendu 32,690,163 litres d'eau-de-vie (57 % de la consommation, les autres débits, 43 %, et ont payé un impôt de 28,7 œres par litre, tandis que les autres débits ne payaient que 7,5 œre. (L'œre vaut environ 1,4 centime.)

2° Comme le bolag n'a aucune concurrence à redouter, la Société peut vendre l'eau-de-vie à des prix très élevés et limiter ainsi beaucoup la consommation. On en a fait un crime à la Société, et le Cercle ouvrier de Stockholm lui a reproché d'abuser de son monopole en fixant des prix trop élevés, et d'accabler par là surtout les classes inférieures, qui sont presque exclusivement réduites à la consommation de l'eau-de-vie. Mais nul n'admettra que le système a pour effet d'exploiter l'ouvrier, quand il a pour but au contraire de le faire profiter des bénéfices obtenus par la vente des boissons.

3° Il a considérablement amélioré la qualité de l'alcool débité et réduit de 46 à 40 % le contenu en alcool des eaux-de-vie vendues.

4° Il empêche le développement de la classe dangereuse des « gros cabaretiers » qui arrêtent tous les efforts des Sociétés de tempérance. Chaque année, de 1878 à 1888, la vente des Sociétés en Suède a rapporté trois à quatre millions de couronnes (la couronne vaut fr. 1. 39) qui auraient sans elles été grossir le capital des cabaretiers.

5° Depuis l'introduction des bolags, le nombre des débits patentés est allé chaque année en diminuant progressivement et le chiffre de consommation par tête d'habitant s'est considérablement amoindri. En 1877-1878 la Société vendait à Stockholm 26 litres d'eau-de-vie par tête d'habitant et 14 litres seulement en 1888-1889 ; à Gothenburg, 24 litres de 1877 à 1878 et 16 litres de 1888 à 1889.

La somme totale des bénéfices des Sociétés suédoises qui a été consacrée au bien public s'est élevée, pendant les années 1879-1888, à 53,364,423 couronnes.

D'après le Dr Wieselgren, la digue que l'on a cru opposer, dans les villes suédoises, à l'abus des boissons enivrantes a été maintenant rompue, non pas en faveur de l'eau-de-vie, mais

par la bière (1). Tandis que les arrestations pour ivresse d'eau-de-vie ont diminué pendant les quinze dernières années, celles qui résultent de la consommation de la bière ont augmenté par contre d'une manière effrayante, de 130 en 1875 à 753 en 1889, bien qu'elles n'atteignent pas encore le chiffre des arrestations pour ivresse dans les débits d'eau-de-vie des bolags. Il n'y a qu'un remède à cet état de choses, dit Wisselgren, c'est de frapper d'une taxe la fabrication de la bière et de la soumettre au système de Gothenburg pour en contrôler le débit. En attendant, il ne serait pas équitable de mettre sur le compte de ce système les méfaits de l'alcoolisme qui résultent de la bière. Nous ferons remarquer que le savant suédois ne s'ocupe que des Sociétés de Stockhlom et de Gœteborg, de sorte que ses appréciations ne peuvent s'appliquer aux effets des autres Sociétés dans les villes moins importantes du royaume. Il y a sous ce rapport de très grandes différences entre les localités, et l'ivrognerie varie beaucoup en Suède, suivant les provinces et les communes.

Le système de Gœteborg ne sera jamais admis comme un modèle par les partisans de l'abstinence, et les Sociétés de tempérance en Suède le critiquent très vivement. On ne saurait nier cependant ses avantages. Les mesures prises par les bolags, dans les débits qu'ils gèrent, sont certainement restrictives de la consommation. Ainsi la vente à crédit ou sur gage est interdite. Depuis 1874, on ne délivre pas d'eau-de-vie aux individus âgés de moins de dix-huit ans et les débits sont fermés le samedi dès huit heures du soir, ainsi que les dimanches et les jours de fête. En 1882, la Direction des bolags fit un pas de plus ; elle décida de cesser la vente de l'eau-de-vie tous les jours à sept heures du soir, du 15 octobre au 15 mars, et à huit heures pendant les autres mois. En outre, elle s'efforce d'améliorer la qualité de l'eau-de-vie et de choisir pour débits des locaux bien éclairés, spacieux, propres et hygiéniques, afin que les ouvriers puissent y prendre leurs repas. A cet égard

(1) La consommation des spiritueux a été en Suède par tête :

De 1871 à 1875	5,4 litres (100 %
De 1876 à 1880	5 —
De 1881 à 1885	4 —
De 1886 à 1890	3,4 —

Wieselgren est d'avis qu'il faut accorder à l'ouvrier le verre d'eau-de-vie sans lequel il ne prendra pas d'aliments.

Enfin la Direction de la Société de Gœteborg a créé, depuis 1883, des cercles de lecture (Laesrum) populaires qui sont de vrais cafés de tempérance où l'on ne trouve ni bière ni autres boissons alcooliques, mais du thé, du café, du chocolat, du lait, des boissons gazeuses, et où l'on peut se faire servir des beurrées ou d'autres aliments légers. Le nombre des personnes qui visitent ces cercles est très considérable, surtout parmi les jeunes ouvriers. De mars à décembre 1883, on compta 145,425 visiteurs. En 1884, 198,780 ; en 1885, 233,205 ; en 1886, 252,704, et dès lors ce nombre est resté en moyenne de 245 à 250 mille environ. On trouve dans les cercles de lecture de nombreux journaux, des livres de toute espèce et tout ce qui est nécessaire pour la correspondance (papiers à lettres, cartes postales, etc.).

Le système de Gœteborg a été introduit, il y a quelques années, en Finlande. où il a contribué, avec d'autres mesures restrictives, à diminuer sensiblement la consommation de l'eau-de-vie, qui était très élevée, avant 1865, dans ce pays (1). Ce système est vivement critiqué cependant par les membres des Sociétés de tempérance, qui le condamnent unanimement. Les profits nets des Compagnies (Bolags) en Finlande s'élèvent à la somme de 40,000 livres, qui est employée à des buts philanthropiques et qui, selon les abstinents, exerce l'influence morale la plus pernicieuse sur la population pauvre du pays (2).

La Norwège, qui avait entrepris, dix ans avant la Suède, la lutte contre l'alcoolisme, a introduit chez elle, par la loi du 3 mai 1871 ou *Samlagsordningen*, le système de Gœteborg modifié, appelé aussi « système de Bergen ». Ce système a

(1) Voir l'exposé du bureau fédéral suisse de statistique, pp. 92 à 109. La consommation d'alcool a été en Finlande par tête :

De 1881 à 1886	2,5 litres (100 %).
De 1887 à 1888	1,3 —

(2) Voir le discours de M. Edv. Bjoerkenheim de Finlande au Congrès de Christiania, *loc. cit.*, p. 196.

En 1888, le revenu des bolags s'est monté, en Finlande à la somme de 1,084,711 couronnes (72 couronnes valent 100 francs).

donné ici les meilleurs résultats en restant fidèle aux principes de sa fondation, car les Sociétés norwégiennes (appelées *Samlag*), qui existent actuellement dans toutes les villes, ne versent pas leurs bénéfices dans les caisses municipales, mais elles ont conservé le droit d'en disposer dans un but d'utilité publique.

La plus importante compagnie de débit est le Samlag de la Christiania qui a été établi par un décret municipal. Les opérations de cette société ont commencé le 11 janvier 1886. Elle commença par racheter les patentes des débitants au détail qui étaient au nombre de 72 seulement. Dans les autres villes de la Norwège les Samlags firent de même et aujourd'hui le nombre des débits qui était de 501 dans les villes en 1871, est tombé à 227, soit un débit par 1413 habitants, alors qu'en 1871 on en comptait un par 591 habitants. La consommation des spiritueux a constamment décru dans le pays. Elle était de 1871 à 1875 de 2,8 litres (100 % d'alcool) par tête ; dès lors elle fut :

De 1875 à 1880 de 2,4 litres par tête.
De 1881 à 1885 de 1,7 —
De 1886 à 1890 de 1.5 —

Dans tous les débits des Samlags on paie comptant et des mesures sévères sont prises pour limiter autant que possible la consommation de l'eau-de-vie. On trouve dans les locaux où se vend la boisson des inscription ou « mesures d'ordre » telles que les suivantes : *Défense de fumer. Il est interdit de parler haut. Celui qui a été servi est tenu de vider les lieux.* On a eu soin d'éviter tout confort pour le consommateur ; il n'y a pas de sièges où il puisse s'asseoir. Les gens ivres et les enfants sont expulsés. Dans la seule ville de Christiania on a ainsi expulsé en 1891 des débits de la Société 54,898 personnes (ivres ou mineurs) et dans la ville de Bergen, où il y a 30 débits 13.200 personnes. Nous empruntons ces chiffres à *M. Berner* qui a fait l'année dernière un exposé très complet du système de Gothenburg en Norwège au Congrès de la Haye (1). Cet auteur dit encore que les ivrognes d'habitudes sont notés chez les tenanciers des débits des sociétés nor-

(1) *Loc. cit.*, p 268

wégiennes et qu'on leur refuse impitoyablement les boissons, même s'ils sont à jeun. Les prix du petit verre sont aussi élevés que possible. Les débits s'ouvrent le matin à 8 ou 9 heures et se ferment le soir à 8 heures. Quelques cafés, situés au deuxième étage peuvent être autorisés, par une permission spéciale, à rester jusqu'à 9 heures et exceptionnellement jusqu'à 10 heures du soir, dans la saison d'hiver. La fermeture a lieu à 5 heures de l'après-midi les jours qui précèdent les dimanches et les fêtes, et l'ouverture ne se fait que le lundi suivant ou le lendemain de la fête à 8 heures du matin. On comprendra l'importance de cette mesure lorsqu'on saura que la paye des ouvriers se fait le samedi après 5 heures. Les débits sont fermés aussi les jours d'élections et toutes les fois qu'il y a un concours de gens dans la ville, les jours de marchés, par exemple. Le tenancier n'a aucun profit sur la vente des boissons alcooliques et il doit se soumettre aux règles très sévères de la Société. Il doit fournir en tout temps du café, du thé, du lait, du chocolat et d'autres denrées. Sur les parois du local, au lieu du prix des consommations, on voit affichés des versets de l'Ecriture sainte et des sentences contre la débauche et l'ivrognerie.

Le revenu net des Samlags a été, en 1891, dans la Norwège de 1,514,113 couronnes (72 couronnes = 100 francs), mais ce revenu doit augmenter beaucoup depuis 1894 quand la nouvelle loi sur le commerce des boissons sera promulguée, car cette loi étend considérablement les opérations des sociétés qui ne fournissaient jusqu'ici que le tiers environ des boissons alcooliques consommées en Norwève.

Malgré l'extension du système de Bergen l'ivrognerie a de nouveau progressé en Norwège pendant les cinq dernières années (1). On est sur le point de réviser la législation norwégienne sur l'ivresse et les membres des sociétés de tempérance redoutent beaucoup qu'on n'en améliore pas suffisamment les points faibles, et qu'on ne tienne pas compte de leurs réclamations, ce qui aurait infailliblement pour résultat un recul permanent des progrès de la tempérance dans le pays. Il est

(1) *Internationale Monatsschrift zur Bekæmdfung der Trinksitten.* — Brême et Liepzig. — Janvier 1893. — N° I, p. 3.

cependant à prévoir que la principale lacune de la loi sera supprimée. Jusqu'à maintenant le commerce en gros était autorisé pour 46 litres, de sorte que certains détaillants en profitaient pour colporter des fûts de cette contenance et les débiter dans les campagnes, ce qui était le principal facteur de la recrudescence dans la consommation. Le corps législatif est, dit-on, tout à fait déterminé à s'opposer à ce colportage abusif.

D. — Le Monopole de l'État ou Système suisse.

La nouvelle Constitution fédérale adoptée par le peuple et les cantons le 27 mai 1874 avait proclamé la liberté absolue du commerce, sauf les régales de la poudre et du sel, dans toute l'étendue de la confédération. Ainsi fut aboli le droit que possèdaient auparavant les cantons de limiter le nombre de cabarêts et de taxer la fabrication et la vente des boissons fortes. Un alinéa de l'article 32 de cette constitution prescrivait que « tous les droits d'entrée perçus annuellement par les cantons (Ohmgeld) ainsi que les droits analogues perçus par les communes (octrois) doivent disparaître sans indemnité à l'expiration de l'année 1890 ».

Bien que les plaintes contre l'accroissement excessif de la consommation de l'alcool en Suisse soient très anciennes, elles devinrent néanmoins de plus en plus pressantes après la promulgation de la nouvelle constitution. Pour diminuer l'importation des boissons distillées, les Chambres féderales prirent en principe (le 20 juin 1879) la décision d'élever les droits d'entrée sur les eaux-de-vie. Cette décision ne fut exécutée qu'après la conclusion du traité de commerce avec la France. Ce fut alors que le Conseil fédéral rendit ses arrêtés des 12 et 17 mai 1882 qui frappaient l'eau-de-vie importée, en proportion de l'alcool qu'elle contenait, à raison de 20 centimes par litre d'alcool à 100°. Dès cette date le décroissement de l'importation fut considérable, du moins temporairement.

Cependant la Société suisse d'utilité publique avait nommé une commission pour étudier les mesures à prendre contre l'alcoolisme. Dans l'assemblée générale de 1881, la commission fit un rapport sur cette question et conclut que la propagation de

l'ivrognerie était due à l'accroissement du nombre des cabarets qui résultait de l'abolition du principe du nombre normal des auberges décrété par la Constitution de 1874. Les conclusions de la Société d'utilité publique devinrent le point de départ de nombreuses pétitions qui demandaient aux Chambres des mesures contre l'extension du fléau de l'alcoolisme. Le 30 juin 1882 les Chambres fédérales adoptèrent les postulats suivants pour répondre aux vœux des pétitionnaires :

(I) « Le Conseil fédéral est invité à faire un rapport sur la possibilité *d'apporter des limites à l'accroissement du nombre des auberges* et à présenter en même temps un aperçu *du régime des auberges dans les différents cantons*, ainsi que, si possible, *dans les autres pays.* »

(II) « Le Conseil fédéral est invité à présenter un rapport sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas, en fait, et s'il serait possible, en droit constitutionnel, de prendre, fédéralement, des mesures pour préserver la consommation des boissons falsifiées ou nuisibles à la santé. »

Ces deux postulats furent le point de départ de l'étude consciencieuse et approfondie qui aboutit au Message (du 18 juin 1884) du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale sur la question de l'alcoolisme. Le Message était accompagné d'un volume de près de 700 pages, publié par le bureau fédéral de statistique, donnant un exposé comparatif très complet des lois et expériences de quelques États étrangers (1).

Dans son Message le Conseil fédéral démontre que l'augmentation du nombre des auberges était en grande partie la conséquence nécessaire de l'essor immense qu'a pris le mouvement commercial en Suisse; elle dépend aussi, il est vrai, de l'accroissement de la consommation des spiritueux, *mais elle est plutôt l'effet que la cause;* celle-ci se trouve bien plutôt *dans les conditions sociales.*

Du reste le Conseil fédéral est arrivé à cette conclusion inattendue et contraire aux prévisions que « l'abus des boissons et, notamment, de l'eau-de-vie, ne dépend pas autant du *nombre* des auberges, et ce nombre lui-même ne dépend pas

(1) Nous avons emprunté de nombreux renseignements à ces précieux documents que nous devons à l'obligeance du bureau fédéral de statistique.

autant de l'article 31 de la Constitution fédérale qu'on l'a cru jusqu'à présent. »

Nous avons déjà donné plus haut les résultats de l'enquête dans les cantons, enquête qui a fourni la preuve de l'inutilité de la seule réduction du nombre des auberges pour diminuer la consommation de l'eau-de-vie.

Il résulte, en effet, des renseignements transmis au Conseil fédéral par les gouvernements cantonaux, que, dans la Suisse presque tout entière, les cabarets débitent avant tout le vin, la bière et le cidre, et que les débits d'eau-de-vie proprement dits forment l'exception. On ne peut citer qu'un district du Jura bernois, un du Jura neuchâtelois et un de Bâle campagne, ainsi que certains cercles des Grisons où l'eau-de-vie se débite en première ligne. D'autre part, dans les cantons qui offrent la plus forte consommation des boissons alcooliques, l'eau-de-vie domine comme boisson domestique dans les repas intermédiaires (10 heures et 4 heures) de la population agricole. « Cela ne prouve-t-il pas à l'évidence, dit le Message, que l'eau-de-vie, plus encore que le vin, se consomme dans le domicile privé et que cette consommation, notamment dans les contrées infectées par le fléau, n'a pas son origine ni son fondement principal dans le cabaret mais bien dans l'*usage domestique*! »

Voilà pourquoi on ne peut guère espérer, aussi longtemps que l'eau-de-vie reste si facile à se procurer, que la réduction du nombre des auberges rendra le peuple plus sobre. Les expériences faites dans quelques cantons avec le système du « nombre normal » font craindre, au contraire, que son rétablissement ne provoque l'extension des débits clandestins bien plus nuisibles pour la santé et la moralité publiques. Le Conseil fédéral conclut sur cette question par les réflexions suivantes qui permettent de comprendre comment il est arrivé à proposer le monopole après avoir rejeté la limitation du nombre des auberges et le système de Gœteborg.

« Au surplus, d'après ce que nous avons dit au sujet de l'importance de l'industrie des auberges en Suisse et du droit traditionnel de l'exercice de cette industrie dans un certain nombre de cantons, ce droit ne peut être restreint dans une mesure considérable ni par l'État, ni par la commune ; nous

pouvons encore moins songer, à raison du rôle prépondérant que jouent les auberges dans nos luttes politiques, à remettre entre les mains d'une société par actions, aussi philanthropique qu'elle soit, tous les droits d'auberge d'une localité importante. Nous estimons, en général, qu'il est impossible d'avoir raison du penchant pour la boisson par des mesures purement négatives, et qu'il serait tout aussi illusoire de vouloir réprimer les auberges parce que leur destination est de satisfaire ce penchant, que de vouloir sévir contre les chefs de parti ou contre des organes de la presse qui signalent les imperfections de notre vie politique et qui répondent réellement aux besoins du peuple » (1).

Après avoir démontré qu'il est impossible, sans une *loi fédérale*, de provoquer par une convention intercantonale la concordance nécessaire des législations des 25 cantons et demi-cantons de la Suisse, le Conseil fédéral montre qu'il est indispensable de fixer sur la fabrication indigène des droits équivalents à ceux qui frappent l'importation, si l'on veut réaliser la nouvelle *imposition uniforme* qui est une arme nécessaire dans la lutte contre le fléau de l'alcoolisme. Or, cet impôt ne pouvant être introduit que par un article nouveau de la *constitution fédérale*, le Conseil fédéral propose d'y ajouter un article 33 bis qui donnera à la Confédération le monopole de la régie des alcools. Cette adjonction fut acceptée par le peuple et les cantons le 25 octobre 1885 (par 230,250 oui contre 157 mille 463 non ; 15 cantons pour et 7 contre).

Les Chambres mirent immédiatement à l'étude une « loi fédérale sur les spiritueux » qui fut votée les 22-23 décembre 1886 et contre laquelle les distillateurs et autres intéressés réussirent à provoquer le referendum populaire. A la demande de 52,412 citoyens (le minimum des signatures valables pour une demande de referendum est de 50,000), la loi fut soumise à la votation le 15 mai 1887, et acceptée par 267,122 électeurs contre 138,496. Cette loi, très compliquée, a été promulguée le 27 mai suivant; son entrée en vigueur a été, au début, hérissée de difficultés qui ont été surmontées peu à peu, grâce à l'activité et au sens pratique du directeur de la nouvelle adminis-

(1) *Message*, p. 101.

tration, M. E.-W. Milliet, ancien directeur du bureau fédérale de statistique, qui avait largement participé aux travaux préliminaires de la législation sur le monopole des alcools.

Les dispositions fondamentales de la loi fédérale sur les spiritueux ont pour but de mettre en régie l'achat, l'importation et la vente en gros de l'alcool ; de ne livrer à la consommation qu'un produit absolument pur ; de réduire cette consommation en augmentant les prix de vente, en faisant payer au comptant et en interdisant le colportage des spiritueux ; de restreindre le nombre des débits en laissant aux cantons la faculté de les autoriser ou de les interdire ; de favoriser enfin la lutte contre l'alcoolisme en consacrant le 10 o/o des recettes, réparties entre tous les cantons proportionnellement à leur population.

Voyons comment ce programme a été rempli et quels ont été jusqu'à maintenant les résultats du monopole. Nous tirons les renseignements suivants directement des rapports officiels du Conseil fédéral sur la régie des alcools, au nombre de cinq, dont le dernier porte la date du 12 septembre 1893.

Le premier rapport qui concerne l'exercice 1887 et 1888 rend compte de l'organisation administrative en formation et des premiers résultats obtenus. Le rendement net du monopole est resté sensiblement inférieur aux prévisions budgétaires. Mais les calculs prouvent que la loi aurait pleinement réalisé les espérances fiscales si la consommation des spiritueux monopolisés n'eût subi une réduction considérable.

D'après l'évaluation des administrateurs de la régie la consommation des boissons alcooliques de toute sorte, soumises ou non soumises au monopole, se serait, en effet, élevée d'une manière approximative, en eau-de-vie à 50° :

En 1885 (avant le monopole) à 7,25 litres par tête.

En 1888 (après le monopole) à 5,50 —

c'est-à-dire qu'elle aurait diminué de 25 o/o. Le renchérissement de la marchandise y est sans doute pour beaucoup, mais le Conseil fédéral pense que le régime du paiement au comptant et les entraves apportées par le monopole à un approvisionnement direct du consommateur dans les distilleries ont contribué davantage encore à ce résultat.

Le rapport se termine en exprimant la satisfaction du Conseil pour les résultats déjà acquis et les espérances qu'ils font naître pour l'avenir.

« Si nous considérons, en outre, dit le rapporteur, que la loi a eu pour effet une amélioration sensible de la qualité d'une bonne partie des spiritueux consommés, que, malgré la part si belle faite à l'agriculture nationale, le monopole a donné,en 1887-1888,un rendement financier acceptable et que, selon toute probabilité, il donnera déjà, en 1889, un rendement encore supérieur, nous n'avons aucun motif pour ne pas nous déclarer satisfaits des résultats obtenus jusqu'à présent. L'avenir seul démontrera si cette satisfaction repose sur une base durable. »

Dans le second rapport à l'Assemblée fédérale pour l'exercice de 1889, le Conseil fédéral annonce que l'application de la loi est devenue complète, à l'exception des dispositions concernant l'achat et la vente des spiritueux dénaturés. L'office provisoire qui avait été créé pour la liquidation des indemnités de distilleries a donc pu être supprimé le 31 décembre 1889.

D'après les évaluations faites par la régie des alcools, la consommation des spiritueux de tout genre, soumis ou non soumis au monopole et réduits en eau-de-vie de 50 degrés peut être évaluée, pour 1889, approximativement à 5,7 litres par tête, c'est-à-dire qu'elle est sensiblement la même que l'année précédente. Malgré cette décroissance évidente de la consommation, l'État a dépassé, dès le second exercice, un bénéfice net de 5,250,000 francs qui a dépassé de 374,000 francs les prévisions budgétaires.

Une remarque importante devra être faite à propos du monopole, c'est que la régie ne fournit aucune boisson alcoolique proprement dite, c'est-à-dire ni eau-de-vie ni liqueur, mais uniquement de l'alcool brut purifié et du trois-six, c'est-à-dire les matières premières principales nécessaires à la fabrication des boissons distillées. Cependant la régie étudie soigneusement les boissons vendues dans le commerce, en analysant chaque année de nombreux échantillons, afin de recueillir les observations nécessaires pour préparer les prescriptions réglementaires sur le commerce des boissons que la Confédération ou les cantons jugeraient bon d'élaborer.

Dans le dernier rapport du Conseil fédéral, nous constatons que la consommation par tête s'est maintenue à 6 litres environ pendant les années 1890, 1891 et 1892. Tandis que cette consommation d'eau-de-vie (à 5°) a diminué de 25 % environ, celle du vin paraît être restée stationnaire, mais celle de la bière et du cidre a augmenté. L'augmentation de celle de la bière est d'environ 25 %. La répartition du produit fiscal du monopole aux cantons s'est élevée annuellement de 1890-1891 à la somme d'environ six millions de francs.

Outre ces résultats matériels il ne faut pas oublier de compter le principal résultat de l'introduction dans la Constitution fédérale du nouvel article 32 bis qui est de nature purement morale. — L'acceptation de cet article par le peuple et les cantons était, en effet, avant tout un acte moral d'une portée considérable. Il signifiait que l'alcoolisme était considéré comme un fléau national et qu'on donnait aux autorités la mission de le combattre à outrance.

Dans cette guerre les cantons ont une part active à prendre. Si le monopole concerne la Confédération, les cantons doivent s'occuper des auberges et du commerce au détail des boissons spiritueuses, en ce sens, comme l'indique l'alinéa *c* intercalé dans l'article 31 de la constitution, « *qu'ils ont le droit de soumettre par voie législative, aux restrictions exigées par le bien-être public, l'exercice du métier d'aubergiste et le commerce au détail des boissons spiritueuses.* »

Nous avons déjà eu l'occasion de citer à diverses reprises quelques-unes de ces dispositions législatives cantonales dans les chapitres précédents, il nous reste à indiquer sommairement ce qui a été fait par les cantons sous l'influence de la révision constitutionnelle de 1885 (1).

Trois seulement d'entre eux, Argovie, Glaris et Valais se sont empressés de profiter des droits qui leur étaient rendus

(1) Voir, sur cette question outre, le message du Conseil fédéral du 18 juin 1884 : *Vergleichende Darstellun des wesentlichsteng Bestimmungen der Kantonalen Wirthschaftsgesetze* von Th. Coffmann-Merian. Berne, 1883, et *Les nouvelles lois cantonnales concernant l'alcoolisme depuis la révision féderale partielle du 25 octobre 1885*, par Antony Rochat. Berne, 1880 Extrait du *Journal statistique suisse*. Ces brochures, la dernière surtout, nous ont fourni de nombreux renseignements.

par le nouvel article de la Constitution pour édicter des mesures restrictives sur les auberges et le commerce au détail des boissons alcooliques. En Argovie la loi de 1853 renfermait un article 22 qui limitait le nombre des cabarets suivant les *besoins publics*. Cet article avait été abrogé naturellement par la Constitution de 1874. Le 8 juin 1886 le gouvernement argovien réintroduisait cet article dans la loi. La Valais limita aussi le nombre des auberges dans sa loi du 24 novembre 1886 et Glaris réglementa sévèrement les débits au détail des boissons alcooliques dans un arrêté du 23 décembre 1886 sur l'exécution de la loi fédérale.

Ainsi que le fait observer M. A. Rochat, Lucerne et Uri avaient déjà pris des mesures analogues en 1883 et 1884, avant la révision de la Constitution, et l'autorité fédérale, qui pressentait déjà cette révision, avait laissé passer cette première atteinte au pacte de 1874.

Comme les cantons ne se pressaient pas trop, du reste, de mettre leurs lois sur le commerce des boissons en harmonie avec les nouvelles prescriptions constitutionnelles, le Conseil fédéral les invita positivement, par une circulaire du 27 septembre 1887, à prendre sur ce point spécial de la *vente* des boissons distillées des mesures nouvelles conformes à la législation fédérale.

Actuellement tous les cantons ont élaboré de nouvelles lois et des règlements sur les auberges et la vente des alcools. Parmi ceux qui ont pris les mesures législatives les plus complètes il faut citer, outre ceux déjà mentionnés plus haut, Genève, Saint-Gall, Schaffouse, Bâle-ville, Zurich, Fribourg, Unterwald-le-Haut et Bâle-campagne. Le projet de loi de Neuchâtel qui élevait sensiblement la taxe des patentes d'auberges a été rejeté par le peuple ; de même le projet bernois, rejeté le 25 novembre 1888, peut-être parce qu'il limitait le nombre des cabarets. Le Grand-Conseil de Berne discute présentement un nouveau projet de loi sur les auberges et le commerce des boissons alcooliques (1). Sans limiter précisément le nombre des cabarets le projet dit, à l'article 5, que l'on doit tenir compte des « besoins locaux » pour délivrer de nouvelles patentes, et l'article 6 est ainsi conçu :

(1) Ce projet a été accepté par le peuple le 15 juillet 1894.

« La patente doit être refusée si l'établissement projeté est contraire au bien public ; on doit, par le même motif, refuser un renouvellement ou le transfert d'une patente précédemment accordée. »

Parmi les cantons qui ont limité le nombre des auberges nous devons encore signaler Unterwald-le-Haut, Schaffouse, Bâle-ville, Appenzell (Rhodes intérieures), Saint-Gall, Vaud, Fribourg et Bâle-campagne. La plupart de ces cantons et d'autres avec eux ont élevé aussi le prix des patentes comme moyen de diminuer la multiplication des auberges. Fait intéressant à constater, quelques-unes des nouvelles lois mentionnent expressément les cafés de tempérance et leur appliquent une taxe réduite ou même affranchissent complètement de tout droit ces établissements lorsqu'ils sont dirigés par des sociétés reconnues d'utilité publique.

Un seul canton, celui de Bâle-ville, a organisé un monopole cantonal, à l'instar du système de Gœteborg, pour la vente de l'eau-de-vie fédérale destinée à la consommation sur place. Le gouvernement achète l'alcool à la Confédération et le remet à un prix fixe et surélevé à un nombre limité de débitants autorisés qui, après avoir transformé l'alcool pur en eau-de-vie de consommation, la vendent à un prix convenu et uniforme dans tous les débits, dont le nombre légal ne doit pas dépasser 20. Mais, à côté des débits officiels, il y a 441 débits publics échappant au monopole, et 372 épiceries (schnapslæden) vendant de l'eau-de-vie (1) !

N'oublions pas d'ajouter que plusieurs des nouvelles lois cantonales édictent des prescriptions spéciales concernant l'hygiène des locaux et la santé physique et morale du personnel employé dans les établissements.

Un des principaux buts de la nouvelle législation fédérale sur le monopole de l'alcool était, on s'en souvient, de mettre un frein à la consommation et de lutter contre le fléau grandissant de l'alcoolisme. Lors de l'élaboration de la loi, le Conseil fédéral avait d'abord eu la pensée d'attribuer aux Chambres fédérales le droit de fixer l'emploi du 10 % des bénéfices du monopole qui devait être destiné à combattre l'alcoolisme dans

(1) A. Rochat, *loc. cit.*, p. 34.

ses causes et dans ses effets. Mais on craignait que cette mesure « centralisatrice » ne fît rejeter la loi par le peuple et par les cantons Pour conserver cependant un contrôle efficace sur l'emploi des sommes réparties aux cantons qui ont l'obligation, d'après l'article 32 bis, *d'employer à la lutte contre l'alcoolisme le dixième au moins des bénéfices qu'ils retirent des nouveaux droits sur l'alcool,* le Conseil fédéral inséra dans son projet de loi du 8 octobre 1886 l'article suivant : « Dans le cas où un canton ne se conformerait pas aux prescriptions contenues au dernier alinéa, le Conseil fédéral a le droit de retenir la partie du subside non employée suivant la loi, sur la répartition de l'année suivante. »

Sans vouloir accorder au Conseil fédéral un droit aussi rigide sur les autorités cantonales, les Chambres fédérales adoptèrent néanmoins la pensée qui avait motivé ses propositions et l'article susmentionné du projet est devenu l'article 13 de la nouvelle loi sur les spiritueux du 23 décembre 1886, article qui est ainsi conçu :

« Les gouvernements cantonaux doivent faire chaque année rapport au Conseil fédéral sur l'emploi du 10 % de leurs recettes qui, d'après l'article 32 *bis* de la Constitution fédérale, sont destinées à combattre l'alcoolisme. Ces rapports seront soumis à l'Assemblée fédérale. »

Pour juger de cet emploi du 10 %, nous nous basons donc sur l'étude des trois messages du Conseil fédéral qui ont paru jusqu'ici (1), ainsi que sur un excellent travail de M. L.-L. Rochat, président du Comité central de la fédération internationale de la Croix-Bleue et membre de la Commission fédérale chargée de l'examen des rapports des cantons sur l'emploi de leur 10 % (2).

(1) Rapports des cantons sur l'emploi des 10 % provenant du monopole de l'alcool pendant les exercices 1889 et 1890 et destinés à combattre l'alcoolisme (1er message du Conseil fédéral, publié le 23 octobre 1891).

Rapports sur l'exercice de 1891 et 2e message (du 15 novembre 1892).

Rapports sur l'exercice de 1892 et 3e message (du 24 novembre 1893).

(2) *Essai sur l'emploi du 10 % des recettes des cantons provenant du monopole de l'alcool et destiné à combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets,* par L.-L. Rochat, 2e édition, Lausanne, 1892.

Le troisième message du Conseil fédéral donne le tableau suivant des recettes provenant du monopole de l'alcool et du montant du dixième réparti aux cantons pour combattre l'alcoolisme. Il est à remarquer que les droits d'Ohmgeld ont été abolis à la fin de l'année 1890, tandis que les indemnités pour les octrois des villes de Genève et de Carouge seront payées jusqu'en 1895.

	Recettes totales des cantons sur le produit du monopole.	Montant du dixième
1889	4.546,667f 70	96,578f 71
1890	6,306,668 10	272,578 70
1891	6,013,334 70	540,100 38
1892	5,466,614 97	523,962 34
	Soit par conséquent un total de...	1,433,210 13

que les cantons ont dû consacer, de 1889 à 1892, à combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets.

Pendant les deux premières années les gouvernements cantonaux ne parurent pas comprendre, dans leur majorité, la mission dont ils étaient chargés. Il résulte, en effet, des rapports officiels et de l'étude de M. Rochat, que la plupart des cantons ont assigné à leur 10 % un emploi qui n'est pas conforme à l'article 32 *bis* de la Constitution.

Huit cantons, dit le message du Conseil fédéral, ont mis provisoirement de côté, soit tout le montant de leur part à la répartition du produit de l'alcool réservé, soit la majeure partie de ces sommes, afin de faire auparavant une enquête approfondie pour découvrir l'emploi le plus rationnel et le plus efficace qu'on pourrait en faire. Le total de ces sommes, sans emploi déterminé, se monte à 129,875 francs, soit le 35 % du dixième des deux années 1889 et 1890 réunies.

En outre, quelques cantons ont capitalisé certaines sommes pour les fondations suivantes :

Etablissements pour jeunes criminels......	31,211f »
— pour les aliénés.............	21,809 »
— pour l'enfance..............	18,233 »
— pour les indigents....	10,650 »
— de travaux forcés...........	9,649 »
Total............	91,553 »

soit le 25 % du dixième du produit de l'alcool.

Il n'a donc été employé en réalité, pendant les années 1889-1890, que 147,729 fr. ou le 40 % du dixième. Cependant la Commission du Conseil national nommée pour examiner les rapports des cantons admet que le 80 % environ de la somme employée l'a été dans l'esprit de la loi, en tenant compte de l'argent capitalisé. M. Rochat (1) pense néanmoins que le 10 % des recettes de l'alcool n'est pas destiné à couvrir les dépenses qui sont causées aux cantons par l'alcoolisme, mais que ce 10 % est un élément nouveau, fournissant des ressources nouvelles, en dehors de tout ce qui constitue le budget des cantons et des obligations qu'ils ont, comme tout pays civilisé, de s'occuper des déshérités, des pauvres, des malades, et de réprimer les criminels.

Si l'on décompte toutes ces dépenses d'ordre philanthropique et social que les gouvernements cantonaux auraient dû faire, alors même que l'article 32 *bis* n'eût pas existé, que reste-t-il du 10 % directement destiné à l'emploi prescrit par cet article ?

1° Une somme de 1,800 francs attribuée à des Sociétés de tempérance (dont plusieurs ont refusé par principe les allocations).

2° Environ 20,000 francs (soit un peu plus de 8 %) alloués comme subvention à des asiles spéciaux pour le traitement des buveurs.

Le Conseil fédéral et la Commission du Conseil national, tout en s'abstenant de formuler, pour ce premier essai, des observations et des critiques spéciales, ne purent cependant s'empêcher de remarquer que les cantons ont fait jusqu'ici beaucoup trop peu contre *les causes* de l'alcoolisme. Rappelant les sommes versées aux cantons, la Commission dit :

« Ce sont là de grosses sommes, pour lesquelles nous sommes responsables. L'Assemblée fédérale a la surveillance légale ; elle doit l'exercer et veiller , en temps opportun, à ce que ces sommes ne soient pas employées d'une manière inefficace et mal comprise, afin que l'on puisse atteindre réellement ce que la Constitution fédérale et la loi veulent. Nous devons dès le début, nous tenir dans le droit chemin, afin qu'il ne

(1) *Loc. cit.*, p. 120 et suivantes.

se glisse pas des abus que l'on ne pourrait plus supprimer plus tard ou seulement avec beaucoup de difficultés. »

En 1891, il y a déja eu progrès et les cantons ont fait un effort réel pour employer leur 10 % dans l'eprit de la Constitution. C'est ainsi que les asiles pour buveurs ont reçu de neuf cantons 23,278 francs sous forme de subventions directes ou pour la pension d'alcooliques internés.

Un emploi nouveau pour combattre les causes a été fait par les cantons de Bâle-ville, Berne, Argovie, Thurgovie, Grisons et Zurich, qui ont alloué des subventions (au total 15,780 francs) pour des *cours de cuisine* et de *tenue de ménage*. Appenzell (Rhodes extérieures) et Saint-Gall ont subventionné et créé des salles de lectures. Les sommes consacrées à combattre, en 1891, les *causes* de l'alcoolisme s'élèvent à 116,205 fr. 17 (soit le 21 % du dixième), tandis que celles qui ont été appliquées à lutter contre les *effets* atteignent le montant de 342,883 fr. 05 (soit le 61 % du dixième). Enfin une somme de 103,034 fr. 02 (soit le 18 % du dixième) a été mise de côté par les cantons dans un but non encore déterminé.

En présence de l'importance et de la difficulté de la tâche, le Conseil fédéral a jugé utile de consulter une Commission de personnes compétentes pour examiner sous ses différentes faces la manière dont a été appliqué le dixième du produit de l'alcool et fixer les bases normales pour l'emploi rationnel du 10 % par les cantons.

Comme principe fondamental découlant de l'article 32 *bis*, dernier alinéa de la Constitution fédérale, on doit admettre que le dixième de l'alcool doit servir uniquement au but spécial de la lutte contre l'alcoolisme, qui doit tendre aussi bien à tarir les sources et à saper les causes de l'ivrognerie qu'à en guérir et en limiter les effets.

La Commission d'enquête, s'inspirant de ces principes, a déposé les propositions suivantes :

« Le 10 o/o des recettes du monopole de l'alcool doit être appliqué :

« I. A l'éducation, à la protection, à l'amélioration morale de la jeunesse, savoir :

« *a*. A l'assistance d'enfants abandonnés et de jeunes criminels dans des établissements convenables ;

« *b.* A la protection d'enfants sans surveillance, asiles de garçons et de filles, etc. ;

« *c.* A l'entretien d'enfants faibles d'intelligence et épileptiques ;

« II. Au placement d'aliénés indigents dans des asiles et à l'assistance de leurs proches ;

« III. A l'amélioration de l'alimentation populaire : création de sociétés de consommation, subventions à celles qui ont exclusivement pour but l'utilité publique, subventions à des cuisines et cantines populaires ;

« IV. A l'entretien d'écoliers pauvres à l'aide d'une nourriture fortifiante et à des subventions aux colonies de vacances ;

« V. A l'instruction du peuple sur les effets désastreux de l'alcoolisme, d'une part, et sur les suites bienfaisantes de la sobriété et de l'économie ; d'autre part, à la propagation de livres moraux et utiles, à la création et au soutien de cabinets de lecture ;

« VI. A la fondation et au soutien d'asiles pour ivrognes ;

« VII. Au soutien des Sociétés de tempérance.

« En second lieu, une partie du dixième de l'alcool doit être employée :

« I. Comme subvention à des maisons de travail et de correction ou pour le placement d'individus dans ces établissements ;

« II. A l'assistance et à la protection de détenus libérés ;

« III. Comme secours en nature à de pauvres voyageurs en passage.

Voici maintenant les résultats de 1892 tels que les donnent les rapports des cantons et le message du Conseil fédéral du 24 novembre 1893.

Pour se faire une idée plus précise de la manière dont les sommes ont été employées, le Conseil fédéral les a classées dans les 14 rubriques suivantes :

1. *Asiles pour ivrognes et placements d'alcoolisés dans ces asiles.*

Neuf cantons ont destiné en tout, dans ce but, la somme de 13,808 fr. 91 (Zurich, Berne, Bâle (ville et campagne), les deux Appenzell, Saint-Gall, Grisons et Thurgovie).

2. *Maisons de travail et de correction.*

Douze cantons ont consacré à ce but 65,587 fr. 74.

3. *Asiles d'aliénés et entretien d'aliénés.*

Douze cantons ont consacré à ce but 109,488 fr. 77.

4. *Etablissements pour épileptiques, sourd-muets et aveugles.*

Six cantons ont affecté à ce but 15,185 fr. 20.

5. *Traitement des malades en général.*

Deux cantons ont donné pour cela 325 fr.

6. *Assistance d'enfants pauvres, faibles d'intelligence, abandonnés ou de jeunes criminels.*

Vingt cantons ont consacré à ce but 199,690 fr. 03.

7. *Alimentation des écoliers. Colonies de vacances.*

Six cantons ont dépensé pour ce but 15,841 fr. 50.

8. *Amélioration de l'alimentation du peuple. Sociétés de tempérance.*

Treize cantons ont dépensé dans ces buts 33,092 fr. 29.

9. *Secours en nature à de pauvres voyageurs en passage.*

Huit cantons ont donné pour cela 25,721 fr. 95.

10. *Secours à des détenus libérés ou à des individus sans travail.*

Trois cantons ont consacré à ce but 10,500 francs.

11. *Développement de la culture en général.*

(Cabinets de lecture, sociétés ouvrières, propagation de bons livres populaires.)

Cinq cantons ont destiné à cet effet 6,000 francs.

13. *Lutte contre l'alcoolisme en général.*

Sommes réservées par trois cantons pour la lutte contre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets, 46,425 fr. 51.

14. *Sans destination spéciale.*

Huit cantons on réservé pour un emploi ultérieur la somme totale de 28,181 fr. 90.

Dans son message, le Conseil fédéral fait remarquer qu'en 1892, comme dans les années précédentes, plusieurs cantons ont consacré à la lutte contre l'alcoolisme plus que le dixième prescrit par la loi. En examinant de près la destination que la plupart des cantons ont donnée aux recettes provenant du monopole de l'alcool, le message fait remarquer que cette destination n'est pas exempte de critiques, mais qu'on voit cependant qu'il y a progrès depuis 1889, ce qui fait espérer que, dans un avenir peu éloigné, tous les cantons donneront au

dixième de leurs recettes sur l'alcool une destination conforme à la Constitution.

Le tableau suivant montre la manière dont les cantons ont satisfait à la double exigence, prescrite par l'article 32 *bis*, de lutter contre les causes de l'alcoolisme (qui sont énumérées dans les rubriques 7 à 13 ci-dessus) forment le 20 o/o du total. Celles pour les effets de l'alcoolisme (rubriques 1 à 6) se montent à 66 %; et il reste 5 o/o de réserves sans destination déterminée.

CANTONS	DÉPENSES POUR LA LUTTE: Contre les causes de l'alcoolisme — (Rubriques 7-13)		DÉPENSES POUR LA LUTTE: Contre les effets de l'alcoolisme — (Rubriques 1-6)		RÉSERVES sans destination définitive	
		p. 0/0		p. 0/0		p. 0/0
Zurich	42 923 06	72	16.598 70	28	»	»
Berne	45.868 88	43	60.393 90	57	»	»
Lucerne	25.237 23	94	1.500 »	6	»	»
Uri	688 »	20	2.717 14	80	»	»
Schwyz	»	»	8.843 93	100	»	»
Unterwald. le Haut.	»	»	»	»	2.638 53	100
Unterwald. le Bas.	»	»	125 »	6	2.072 90	94
Glaris	»	»	5.932 58	100	»	»
Zoug	»	»	4.059 27	100	»	»
Fribourg	500 »	2	23.047 21	98	»	»
Soleure	1.000 »	6	15.884 67	94	»	»
Bâle. ville	3.200 »	25	9.833 81	75	»	»
Bâle. campagne	2.711 22	25	8.200 »	75	»	»
Schaffouse	726 56	11	5.922 62	89	»	»
Appenzel. Rh. ext.	1.000 »	11	8.513 48	89	»	»
Appenzel. Rh. int.	800 »	35	1.465 31	65	»	»
Saint-Gall	11.700 »	29	28.500 »	71	65.70	»
Grisons	1.400 »	8	15.494 19	92	»	»
Argovie	3.862 85	11	30.164 98	89	»	»
Thurgovie	4.020 »	22	8.716 11	47	5.718 03	31
Tessin	»	»	16.000 »	70	6.285 55	30
Vaud	500 »	1.2	43.615 54	98.8	»	»
Valais	150 »	0	7.609 45	43	10.118 18	57
Neuchâtel	»	»	19.141 60	100	»	»
Genève	3.510 »	41	4.986 16	59	»	»
Suisse. — TOTAUX.	149.797 80	29	347.265 65	66	26.898 89	5

Le Conseil fédéral, dans son message, critique surtout comme trop exclusive la destination du dixième dans les cantons de Glaris, Fribourg et le Tessin, qui l'ont consacré entièrement aux aliénes, celle de Vaud qui a été faite au profit de l'institution de l'enfance malheureuse et abandonnée, et celle de Neuchâtel, versée dans la caisse de la maison de travail et de correction du Devens.

E. — La prohibition absolue locale ou nationale, ou système américain.

La législation prohibitive fut préparée aux Etats-Unis et spécialement dans le Maine par des années de discussion et d'agitation. On ne saurait la comprendre si on n'en connaît pas l'historique. Il va sans dire que nous ne pouvons pas entreprendre ici une étude historique semblable. Nous nous bornerons à rappeler quelques dates (1). En 1735 déjà, le gouverneur James Oglethorpe obtint du parlement britannique une loi qui défendait absolument l'importation des boissons spiritueuses dans sa colonie de Géorgie; mais cette loi resta lettre morte et ce fut un siècle après seulement, en 1837, que le général J. Appleton, président du comité législatif chargé d'examiner une pétition relative à la loi des licences du Maine, fit un rapport dans le sens de la prohibition rapport qui est considéré comme l'origine première de *la loi du Maine* de 1851 qui est restée le prototype des lois prohibitives américaines.

On lit dans ce rapport (2): « Nous voulons *prohiber* la vente des boissons spiritueuses parce que l'intempérance ne peut être supprimée sans une semblable *prohibition*. Il n'y a pas plus de motif pour supposer qu'on peut restreindre sans loi le jeu, le vol ou tout autre crime ou délit.

« ..... On a légiféré bien souvent sur la vente des boissons spiritueuses et ces lois ont reçu la sanction des autorités judiciaires les plus hautes. Que sont ces lois, en définitive, sinon une prohibition du trafic des liqueurs à tous ceux qui n'ont pas

(1) Voir *in The orig. of the Maine Law and of prohibitory legislation, with a brie memoir of James Appleton*. New-York 1886.

(2) *Loc. cit.*, p. 44 et suivantes.

d'abord obtenu de licence ? Il n'y a besoin que d'étendre cette prohibition à tous les citoyens et l'on atteindra ainsi le but. Il paraît évident à la Commission que si l'on veut faire une loi sur cet objet, ce ne peut être que la *prohibition absolue.* »

L'introduction de la prohibition législative dans le Maine fut précédée cependant par un travail énergique de propagande qui dura plus de dix années pendant lesquelles ont répéta de toute façon, chaque jour, au peuple, dans la presse, par des conférences multipliées, des brochures répandues abondamment, des meetings, etc., que l'alcool était le plus grand des fléaux et que ses conséquences étaient si funestes à l'individu et à la société qu'il n'y avait qu'un seul moyen d'y parer, à savoir : la prohibition absolue de la vente et de la fabrication (3). Une première proposition du général Neal Dow, dont on a brillamment fêté, le 20 mars 1894, le quatre-vingt dixième anniversaire, fut rejetée par les Chambres. Puis, grâce à l'agitation publique qui se fit sur cette question, le général réussit à faire passer son bill qui fut accepté par le Sénat et la Chambre des représentants et signé par le gouverneur le 2 juin 1855. Cette révolution, dit son promoteur, eut les plus heureuses conséquences. Six mois après, les prisons de six comtés étaient vides. A la campagne, le commerce de boissons a complètement disparu. Le Maine, qui était auparavant le plus pauvre des États de l'Union américaine est aujourd'hui l'un des plus prospères. « Nous épargnons annuellement, dit Neal Dow, plus de vingt millions de dollars qui, sans la prohibition, se dépenseraient en boissons alcooliques. Il n'existe plus de distillerie dans l'État du Maine, plus de dépôt de spiritueux. Il n'y a plus de débits ni de cabarets et on ne voit plus ni vins ni liqueurs sur les tables dans les banquets publics. »

En 1884, la prohibition a été inscrite dans la Constitution par une majorité de plus de 47.000 voix et l'on espérait que la loi serait appliquée dès lors plus sévèrement, afin de réprimer de plus en plus le commerce clandestin des boissons alcooliques.

(3) *A history of prohibition in Maine by hon. Neal Dow.* Congrès de Chicago 1893, *Temperance in all Nations*, 1 vol., p. 112-116. — Ce mémoire a été traduit en allemand et reproduit *in extenso* dans l'*International Monatsschrift zur Bekæmpfung der Trinksitten*, 4e année, janvier 1894, n° 1, p. 17.

Il faut ajouter que le commerce des spiritueux pour l'usage industriel et médical est autorisé dans le Maine à tous ceux qui ont une licence favorable (*a federal permit*) et qu'ainsi, dans maints endroits, les magasins de droguerie sont devenus des débits clandestins d'eau-de-vie. Or, il s'est produit, il y a peu d'années, dans la capitale Augusta, un événement qui causa beaucoup d'agitation. Dans une batterie d'hommes ivres, un homme fut tué. On réclama aussitôt une aggravation des pénalités contre les débitants clandestins de liqueurs fortes et, le 3 mai 1881, on mit en vigueur contre eux des lois vraiment draconiennes. Les gens du « parti des liqueurs » crièrent contre cette nouvelle atteinte brutale à la liberté individuelle, tandis que les prohibitionnistés étaient dans la jubilation. Les deux partis formèrent des associations. Ces derniers une « *People's Prohibitory Enforcement League of Maine* » et les hôteliers une « *Maine Hotel-Keepers Association* » pour l'abrogation de la loi prohibitive et l'adoption des hautes licences (*high-licence*) avec « option locale » c'est-à-dire la faculté laissée à chaque commune d'adopter ou non sur son territoire la prohibition totale.

En attendant, l'application des lois prohibitives est devenue plus sévère, comme l'annonçait, l'année dernière (août 1893), M. d'Engelbronner, au Congrès de la Haye, de la part du général Neal Dow, qui n'avait pu se décider à faire le voyage d'Europe. Outre les mesures de prohibition, la loi prescrit des pénalités très fortes contre ceux qui tenteraient la fabrication ou la vente clandestine des boissons. Aucune action en justice n'est admise pour le fait de vente illicite de boissons enivrantes. La vente d'alcool pour les boissons techniques et scientifiques est confiée, avec des instructions spéciales très serrées, à un délégué du gouvernement et à des fonctionnaires officiels salariés, ne touchant aucun bénéfice sur la vente et responsable vis-à-vis de l'État et des municipalités. On poursuit impitoyablement comme contrebande tout commerce de boissons alcooliques sur tout le territoire du Maine et on n'y tolère aucun débit. Aux femmes, aux enfants, aux parents, époux et tous autres individus qui auraient été lésés dans leurs personnes, leurs biens, leurs moyens d'existence ou de quelque autre manière que ce soit par un ivrogne ou par suite de l'ivrognerie

d'un individu quelconque, la loi accorde le droit d'instituer une action en dommages-intérêts contre tous ceux qui ont plus ou moins causé le dommage en participant d'une manière ou d'une autre à l'origine de l'état d'ivresse en question ; non-seulement contre ceux qui auraient donné ou procuré directement la boisson, mais aussi contre le propriétaire de la maison dans lequel le fait s'est passé.

Les partisans de la prohibition absolue doivent cependant avouer que son maintien dépend en grande partie du bon vouloir, de la bonne foi et de la sévérité de l'autorité municipale. Partout où celle-ci se relâche ou fait défaut, la vente illégitime s'introduit immédiatement et prospère. A Portland même, dans la capitale du Maine, Neal Dow l'a avoué à des Anglais qui faisaient une enquête sur les résultats de la prohibition, on a constaté des irrégularités déplorables sous le régime d'un bourgmestre qui fermait les yeux. A Bangos aussi, la plus grande ville de l'État, la loi n'était pas appliquée jusqu'au jour où un bourgmestre énergique en a fait une ferme application, sans acception de personne. Dès lors la ville s'est transformée et l'alcool y a disparu.

La prohibition législative de la fabrication et de la vente des boissons alcooliques existe présentement dans sept États de la grande république américaine : Maine, New-Hampshire, Vermont, Iowa, Kansas, North-Dakota et South-Dakota. Quatre d'entre eux (Maine, Kansas, North et South-Dakota ont inscrit la prohibition dans leur Constitution. Les partisans des lois prohibitives en proclament les heureux résultats. Partout où on en a fait un essai loyal, disent-ils, elles se sont montrées comme le moyen le plus efficace pour combattre l'alcoolisme.

La publication est devenue, en Amérique, une affaire politique, et il s'est fondé une association nationale qui en poursuit opiniâtrement partout la réalisation. Ce parti a été organisé, en 1869, pour lutter contre l'association des brasseries des États-Unis, qui s'était fondée à New-York, en 1862, pour faire de l'agitation contre les mesures législatives de prohibition. Le *National prohibition party* se réunit chaque année en assemblées très nombreuses (conventions).qui ont exercé parfois une grande influence politique. La prohibition a servi

de plateforme électorale dans plusieurs votations nationales de 1872 à 1892. Dans les élections présidentielles où les prohibitionnistes se sont comptés, on remarque l'accroissement suivant du nombre des voix :

1872	1876	1880	1884	1888	1892
5.607	9.737	10.366	150.626	249.945	270.813

Et pour les votations populaires dans les États sur la question de la prohibition législative, M. Ellen Fosten a dressé le tableau suivant au Congrès de Chicago (1) :

ÉTATS	POUR	CONTRE	MAJORITÉ POUR	MAJORITÉ CONTRE
Kansas, 2 novembre 1880	92.302	84.304	7.998	»
Iowa, 27 juin 1882......	155.436	125.677	29.759	»
Ohio (2), 1883.........	323.189 [1]	240.975	82.214	»
Maine, 1884...........	70.783	23.811	46.972	»
Rhode-Island, 1886.....	15.113	9.230	5.883	»
Michigan, 1887.........	178.636	184.281	»	5.645
Orégon, 1887..........	19.973	27.958	»	7.985
Tennessee, 1887........	117.504	145.237	»	27.733
Texas, 1887...........	129.273	221.934	»	92.661
West-Virginia, 1888.....	41.668	76.555	»	34.887
New-Hampshire, 1889...	25.786	30.976	»	5.190
Massachussets, 1889.....	86.459	133.085	»	46.626
Pensylvanie, 1889.......	296.617	484.644	»	188.027
Connecticut, 1889.......	22.379	49.974	»	27.595
North-Dakota, 1889.....	18.552	17.393	1.159	»
South-Dakota, 1889.....	39.509	33.456	6.053	»
Washington, 1889.......	19.546	31.487	»	11.941
Rhode-Island (2e vote), 1889	9.956	28.315	»	18.359
Nebraska, avril 1891....	82.292	111.728	»	29.436
	1.744.973	2.061.020	180.038	496.085
		1.744.973		180.038
		316.047		316.047

(1) *Temperance in all Nations.* 2 volumes ; N.-Y. 1894, p. 305.

(2) Il y avait dans l'Ohio 721,310 votants. Il aurait donc fallu 360,656 *oui* pour que la loi fût adoptee.

Le président de l'Union tempérante du Kansas, James Fronman, a donné au Congrès de Chicago (1) de curieux renseignements sur les résultats de la prohibition législative aux Etats-Unis. « La consommation pendant un mois à Chicago seul, dit-il, est plus forte que celle des douze mois dans les sept États prohibitifs. »

Le Connecticut, avec le système de licences et une population de 40 o/o plus faible que celle du Kansas, paye dix fois plus que ce dernier pour la taxe fédérale des liqueurs fortes; l'Illinois, deux fois et demie plus peuplé que le Kansas paye 745 fois plus que lui. Le Nebraska, avec sa police si vantée de haute licence et une population d'un tiers plus faible contribue au Trésor national 57 fois plus que le Kansas. Depuis qu'il a haute licence, le Nebraska a exporté 50 millions de dollars pour cette taxe, tandis que le Kansas, pour la même période, avec sa police de prohibition, n'a exporté pour cette même taxe que 3/4 à peine de millions de dollars. L'auteur en conclut que la probibition retient l'argent dans le pays, tandis que la licence, haute ou basse, l'en fait sortir. Il donne aussi un tableau des chiffres de recensement de 1880 et 1890, qui montre une augmentation assez notable de la population dans la plupart des sept États prohibitifs, et il ajoute: « Le caractère de la population à été amélioré. L'éducation générale y a beaucoup gagné; le nombre des illettrés et des criminels y est moindre que dans les autres États. La valeur des propriétés a considérablement augmenté; les écoles et les églises se sont multipliées. »

On aimerait à avoir la preuve de ces affirmations par des chiffres statistiques, mais l'auteur dit que les limites imposées à son travail ne lui permettent pas de donner ces chiffres, tandis qu'il cite avec abondance de nombreux témoignages d'hommes publics qui font l'éloge de la prohibition.

Cependant les adversaires des lois prohibitives contestent ces résultats et ne perdent aucune occasion pour en faire voir les mauvais côtés. Ils viennent de remporter une grande victoire dans l'État d'Iowa. La loi de prohibition de cet État, adoptée en 1882 par 30,000 voix de majorité, n'avait pas été reconnue

(1) *Loc. cit.*, 2e vol. p. 353 : *The results of state Prohibition.*

comme loi constitutionelle par le haut tribunal, à cause d'un vice de forme. Elle pouvait ainsi être révisée en tout temps par les Chambres qui ont décidé tout récemment de porter de nouveau la question devant le peuple pour qu'il prononce sur le maintien ou l'abolition de la loi. Cette loi a provoqué, du reste, à plusieurs reprises, des troubles et des persécutious dans l'État de Iowa; elle a semé le mécontentement et la méfiance entre les citoyens, et ses conséquences ont été des plus pernicieuses pour la moralité publique, s'il faut en croire ses adversaires.

Dans le Kansas, on prétend que la victoire des prohibitionnistes tient à l'agitation politique républicaine et que les comités qui ont fourni le plus de voix pour la prohibition sont précisément ceux qui ont le plus grand nombre de permis fédéraux. Résultat absolument négatif. Le *whisky* est consommé librement dans l'État, la débauche et l'immoralité sont croissantes. Le nombre des criminels et des aliénés a augmenté. Les entrées au pénitencier de l'État ont doublé et même triplé depuis 1880. La proportion des aliénés, qui était, dix ans avant la prohibition, de 1 sur 1,300, est montée dix ans après (pendant la décade de prohibition), à 1 sur 444. Un avocat de Wellington (Kansas) a publié contre la prohibition une brochure (*Eye-Opener*) qui se termine par ces mots : « C'est un crime véritable et effrayant que de persister obstinément à faire des expériences impossibles, uniquement dans le but de faire croire que la prohibition dans le Kansas prohibe effectivement ! » Ces renseignements, qui proviennent d'adversaires ardents des lois prohibitives, n'inspirent pas plus confiance que les éloges pompeux de leurs partisans. On sait qu'en Amérique les statistiques officielles même ne sont pas toujours sûres, étant faites parfois dans un but tendanciel. Il n'est donc pas toujours facile de savoir la vérité.

Une Commission canadienne a fait récemment une enquête dans les États tempérants de l'Union, surtout en Iowa, pour y étudier les résultats de la prohibition. Le rapport qu'elle en en fit fut défavorable et cependant il se trouva, dans l'Ontario, près de cent mille voix de majorité pour la prohibition. Au Canada, les femmes ont le droit de vote et ce sont elles surtout qui demandent les lois prohibitives.

La principale cause du mouvement féminin, en Amérique, est du reste précisément ce désir des femmes de pouvoir voter les mesures législatives contre l'alcoolisme. Voici ce qu'un correspondant de New-York écrivait à ce sujet au *Journal de Genève* le 21 mai 1894 :

« La femme est, à cet égard, pour les mesures restrictives. Autoriser un mastroquet à vendre des spiritueux, c'est pour elle comme si l'État délivrait des patentes pour débiter du poison à tout venant. Elle demande des droits politiques, non pour le plaisir de devenir l'égale de l'homme devant la loi, mais par un intérêt ardent pour la défense du foyer domestique. Un pétitionnement monstre a été lancé à New-York en faveur du « woman-suffrage ». C'est donc sans surprise aucune que nous avons vu la question de l'alcoolisme mêlée à ce vaste pétitionnement.... On ajoute que tous les carabetiers ont refusé de signer la pétition et ce refus est interprêté dans ce sens que ces derniers ont le sentiment très net qu'une fois le droit de suffrage accordé à la femme, la suprématie du débit des liqueurs comme facteur en politique sera de fait supprimée....

« La question de la lutte contre l'alcoolisme en Amérique est une des plus mal comprises par les Européens, plus portés à juger les choses qu'à les comprendre. A cet égard, les incidents récents qui ont mis sans dessus dessous la Caroline du Sud et déchaîné l'émeute seront pour plusieurs habitants du vieux monde un logogriphe ou une indéchiffrable énigme ».

L'incident de la Caroline du Sud est trop caractéristique des mœurs américaines dans la question de l'alcoolisme pour que nous le passions sous silence.

Depuis le 1er juillet 1893, le gouverneur Tillmann, un « populiste » nouvellement nommé, grâce à la défaite du vieux parti conservateur, fit supprimer par un acte législatif tous les cabarets et fermer tous les bars, cafés et débits de boissons alcooliques de la Caroline du Sud. Un commissaire du gouvernement est chargé de l'achat des alcools pour tout l'État; il les livre à des commissaires de district assermentés, qui ne peuvent les vendre aux particuliers qu'à titre de médicaments. Les mineurs et les individus réputés ivrognes ne peuvent en acheter. Tout acheteur doit donner un reçu avec son adresse.

Le produit de la vente rentre dans les caisses publiques. C'est un véritable monopole.

Le premier effet de la loi a été de ruiner les cafetiers. Dans la seule ville de Charleston, on pouvait voir plus de 200 débits de boissons avec l'écriteau *A louer*. Plus de deux mille employés de ces établissements ont dû aller chercher de l'ouvrage ailleurs et beaucoup ont dû quitter le pays.

Le mécontentement d'une partie notable de la population s'est fait jour par des émeutes dans plusieurs villes au cri de : *A bas la loi contre les spiritueux!* En mars 1894, dans la ville de Darlington, la police ayant voulu fermer un débit clandestin de liqueurs, les habitants se sont soulevés : deux émeutiers et deux policemens ont été tués. Les agents de l'autorité ont fini par être refoulés dans un marécage où ils ont été enfermés par des patrouilles avinées. Le gouverneur a levé la milice de la ville, mais elle n'a pas répondu à son appel; par bonheur les soldats de la campagne ont mieux obéi et ils ont fini par délivrer les hommes de la police. Le calme est maintenant rétabli mais la Cour suprême des États-Unis a déclaré, le 7 avril dernier, que la loi constituant la vente des spiritueux en monopole de l'État de la Caroline du Sud était inconstitutionnelle. On dit même que le gouverneur Tilmann n'était pas sûr de sa vie dans la capitale Columbia, tant le mouvement insurrectionnel fomenté par les vendeurs de whisky avait pris d'extension. Il semble plus facile de faire respecter la prohibition absolue lorsqu'elle a été votée par le peuple.

L'année dernière, au Congrès de la Haye, M. Gallus Thomann, directeur du bureau littéraire de l'Association des brasseurs de l'Union américaine, à New-York, a présenté une description saisissante du développement de la prohibition aux États-Unis et de ses résultats, description qu'il termine par les réflexions suivantes dont nous donnons un court résumé (1) :

« Aujourd'hui la prohibition se trouve dans la Constitution de sept États. Trois d'entre eux (Vermont, New-Hampshire et Sud-Dakota) ont chacun moins de quatre cent mille habi-

(1) *Comptes rendus du Congrès de la Haye*, 1893, p. 335.
Voir aussi pour l'historique, *Liquor laws of the United States. Their spirit and effects, by* G. Thomann. New-York, 1885.

tants; l'un a même moins de deux cent mille habitants. Dans deux de ces Etats, elle n'a été en vigueur que pendant un temps très court. Dans les autres, elle a eu pour effet de diminuer la population ou de retarder son accroissement. Les crimes et le paupérisme ont augmenté. ainsi que tous les maux produits par l'intempérance. Dans tous les États à prohibition, la proportion des débitants de liqueurs fortes (permis fédéraux) est plus considérable relativement à la population que dans beaucoup d'États ayant le système des licences. (Ainsi à Iowa, il y a 1 permis sur 277 habitants et en Pensylvanie (État à licences), on n'en compte que 1 sur 440 habitants). On a introduit en outre la prohibition dans sept autres États (une ou même plusieurs fois) qui ont fini par l'abroger. Ce système a été battu par des majorités considérables, au scrutin ou d'autre manière, dans seize États ».

On cherche depuis quelques années à faire inscrire le principe de la prohibition dans la Constitution nationale, parce que, disent ses partisans, elle est impossible à réaliser tant qu'elle restera localisée dans quelques États. Il faut qu'elle devienne générale pour être vraiment efficace. Il est nécessaire aussi de la proclamer sur tout le territoire de l'Union si l'on veut conserver la paix entre les citoyens et les États.

L'agitation en faveur de la prohibition nationale dans le Congrès a débuté en 1876, lorsque M. Blair, ex-sénateur, alors membre de la Chambre des députés, introduisit une résolution proposant un amendement constitutionnel pour défendre la fabrication, la vente, l'exportation ou l'importation des boissons *distillées*, à partir de l'an 1900. La distinction faite en faveur des boissons fermentées déplut aux partisans de la prohibition et dans le 46e Congrès, ils chargèrent M. Plomb, sénateur du Kansas, de présenter un amendement prohibitif au Sénat, qui viserait les boissons fermentées aussi bien que les distillées. En 1887, M. Blair, alors membre du Sénat, réussit à faire approuver aux diverses fractions du parti prohibitionniste l'amendement suivant qui devint dès lors le vrai mot d'ordre du mouvement national :

« § 1er. — La fabrication, l'importation, l'exportation, le transport et la vente de toute liqueur alcoolique servant de breuvage, doivent être et seront dorénavant interdites à jamais

aux États-Unis et dans toutes les localités soumises à leur juridiction ».

Jusqu'ici ces résolutions sont restées lettre morte, elles le resteront sans doute longtemps encore, car pour être adoptées il faut qu'elles obtiennent une majorité des 2/3 dans les deux Chambres et qu'elles soient acceptées par les 3/4 du Corps législatif de tous les États de l'Union. Dans les dix dernières années, un *bill* demandant une enquête à propos de la vente des liqueurs a été introduit à chaque session. Mais il était toujours si manifestement conçu dans le but de servir les projets du parti de la prohibition qu'aucun législateur sérieux, dit M. Thomann, n'aurait pu le soutenir consciencieusement.

La législation du Congrès s'est donc bornée aux actes destinés à écarter ce qu'on appelle les obstructions fédérales à la mise en vigueur des lois prohibitives dans les États qui ont adopté la prohibition. Le premier *Acte* prohibitif a été voté le 30 juin 1834 pour régulariser le commerce et les rapports avec les tribus indiennes et conserver la paix sur leurs frontières. L'importation et la vente des boissons alcooliques ont été interdites dans l'Alaska et sur tout le territoire indien. Mais il paraît que, d'après un rapport officiel récent du gouverneur de l'Alaska, cette interdiction n'a rien prohibé du tout et que le commerce du whisky se fait dans cette province aussi largement qu'ailleurs. Le 29e Congrès, en 1847, a voté l'*acte* dit « des Cantines » établissant la prohibition absolue dans six ports militaires qui appartiennent aux États prohibitifs. Le 22 juillet 1890, le Congrès a voté une loi dite « loi de Wilson ». qui interdit l'importation des boissons alcooliques dans les États à prohibition depuis les autres États. Cette loi fut sanctionnée par le Président le 8 août suivant, et immédiatement promulguée.

Enfin, en octobre 1890, à l'occasion du décret de la formation d'un nouveau territoire, celui d'Oklahoma, le Congrès a décidé que la fabrication et la vente des spiritueux y seraient strictement interdites jusqu'au jour où il deviendrait un État autonome et où il déciderait alors lui-même s'il veut continuer le régime de la prohibition.

Outre les États prohibitionnistes, on compte encore, dans l'Union seize États qui ont adopté le principe du *Local option*

par lequel chaque commune a le droit d'adopter ou non la prohibition totale. En Pensylvanie, il y a 46 comtés qui sont prohibitionnistes par option locale ; dans celui de Huntingdon, dit-on, la prison et la « maison de secours » sont vides (1). Dans les États du Sud, l'option locale est très répandue. Ainsi on compte 101 comtés (sur 131) qui l'ont adoptée en Georgie, et on est, paraît-il, très satisfait des résultats. Dans l'Illinois, il y a des provinces entières qui ont la prohibition.

Paul de Rousiers consacre un chapitre de la *Vie américaine*, dont nous avons déjà parlé, à l'ivrognerie et à la prohibition. « Il y a deux sortes d'Américains, dit-il, ceux qui boivent de l'eau et ceux qui se grisent. L'Américain qui sait user convenablement de l'alcool n'existe pas encore. »

L'insuccès des Sociétés de tempérance qui ont déployé les plus grands efforts pendant des années pour combattre l'ivrognerie a été l'origine de l'emploi des moyens de contrainte et a donné naissance au mouvement prohibitionniste.

Tout ce qui n'est pas prohibitionniste, dit M. de Rousiers, pousse les hauts cris... « Les quelques Français soumis à ce régime sont parmi les plus ardents adversaires de la prohibition et fraudent le pouvoir en buvant du vin ensemble chaque fois qu'il se rencontrent ; les Irlandais se grisent à domicile avec le wiskey de marque inférieure que leur procure un débitant de contrebande ; seul le tranquille voyageur, qui gîte dans les hôtels et serait heureux de se réconforter à son repas d'une honnête demi-bouteille de vin de Californie, est obligé de boire de l'eau. »

Il n'en est pas moins vrai que la prohibition a eu d'heureux effets dans ce pays et que nous ne saurions en juger d'après nos idées et nos préjugés d'Européens.

M. de Rousiers pense que le vrai remède à opposer aux ravages de l'ivrognerie en Amérique serait de planter de la vigne. Ce ne sont pas des lois de prohibition, dit-il, qu'il faut aux Américains, mais bien des viticulteurs. C'était aussi l'opinion du fameux Babrius, de Bordeaux, dont Charles Mayet racontait naguère la vie dans un article très remarqué du

(1) *Local option* by H.-L. Wayland. *Tempérance in all Nations* (Congrès de Chicago), vol. II, p. 331.

journal le *Temps* (1). Babrius enseignait qu'une « corrélation géographique » rigoureuse existe entre la culture de la vigne et le développement moral et intellectuel de l'humanité. — Il formula même l'aphorisme suivant comme une vérité « nouvelle et cardinale » : « Le degré de civilisation d'un peuple est toujours proportionnel à la qualité et à la quantité des vins qu'il consomme. » Mais Babrius vivait dans la troisième décade de notre siècle, avant que l'on parlât d'alcoolisme.

Quelques années plus tard, un savant médecin de Marseille, le Dr Prosper Despine, professait une opinion tout opposée. « On ne saurait trop déplorer, disait-il (2), qu'une si grande quantité de terre soit employée en France à la production du vin et de l'alcool... Contre la production exagérée du raisin, je joins mes vœux à ceux du Dr Bergeret pour que la loi proscrive la vigne des terrains propres aux céréales et aux plantes fourragères, pour que l'on remette en vigueur de sages ordonnances qui parurent dans ce but à diverses reprises depuis Licurgue jusqu'en 1733. En attendant, on ne peut qu'applaudir à la propagation de ces vers qui détruisent en ce moment les racines de la vigne. L'agriculteur, lésé dans ses intérêts, se verra forcé de revenir à une culture plus utile et plus salutaire. »

Sous le nom d'*Option locale*, l'idée de la prohibition a fait depuis quelques années de sensibles progrès en Angleterre et dans les pays de l'Europe septentrionale. Elle est mise en pratique dans plusieurs endroits : en Hollande, en Norwège, en Suède, en Finlande et en Russie. Les termes « local option » on été employés pour la première fois en 1868 par Gladstone qui écrivait à un membre de « The United Kingdom Alliance for the legislative suppression of the Liquor Traffic ». Cette association a été fondée le 1er juin 1853 sous l'influence de la loi prohibitive adoptée par l'État du Maine Ce fut un citoyen de Manchester, Nathanael Card, qui en eut le premier la pensée. Après que la Société eut fait, pendant plusieurs

(1) *Le vin de France.* — Babrius. — *De l'influence du vin sur la civilisation. Le Temps*, 19 avril 1894.

(2) *Le démon alcool, ses effets désastreux sur le moral, sur l'intelligence et sur le physique. Moyens d'y porter remède*, par Prosper Despine, docteur en médecine à Marseille. Paris, 1871. P. 41.

années, une active propagande publique, sir Wilfrid Lawson, membre de la Chambre des communes, proposa, en 1864, un projet de loi qui donnerait aux habitants de chaque district le droit de supprimer les débits de boissons alcooliques sur leur territoire. Ce *permissive Bill* fut rejeté. Dès lors, l'« United Kingdom Alliance » n'a cessé d'en appeler au Parlement pour qu'il élabore une loi semblable. Chaque année sir Lawson représentait en vain son bill à la Chambre. En 1879, au lieu du « bill », il proposa une résolution sous le nom de *Local-Option Resolution* qui fut adoptée en 1880 par 26 voix de majorité.

L'option locale est une sorte de referendum, de veto populaire direct au moyen duquel les contribuables (y compris les femmes) sont appelés à décider de la prohibition de la vente de l'alcool dans leur commune. C'est d'après ces principes que sir William Harcourt a préparé un projet de loi au nom du gouvernement anglais, le *Liquor Traffic Local central Bill.* Toutes les fois que la dixième partie des électeurs d'une localité le demanderait, on voterait sur la prohibition et les cabarets seraient fermés lorsque cette proposition aurait réuni les deux tiers des votants. Pour fermer les cabarets le dimanche, la simple majorité suffirait. Les hôtels et les restaurants des chemins de fer sont exceptés. Aucune compensation n'est prévue pour les auberges supprimées. Cette question a pris une portée politique d'une certaine importance en Angleterre. Le ministère tory de 1886 n'avait pas appuyé la campagne contre les auberges. Lord Salisbury prétend que chacun est libre de fréquenter ou non les auberges et que l'option locale serait une pure tyrannie. — Pourquoi vouloir priver de force les gens sobres de boissons parce que les ivrognes doivent être abstinents ! A quoi répondent les partisans de la prohibition que l'option locale est, au contraire, une loi de véritable liberté puisqu'elle fournit à ceux qui sont incapables de résister à la tentation des cabarets les moyens de s'affranchir des impulsions le plus souvent héréditaires qui les poussent à l'ivrognerie.

On a introduit au Parlement quatre « direct veto bills » distincts pour l'Angleterre, le pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande; celui du pays de Galles est le seul qui soit arrivé à

une seconde lecture, mais il n'a pas encore été adopté, comme on l'a annoncé par erreur.

L'agitation pour et contre l'option locale est très forte en Angleterre, et le Parlement est inondé de pétitions dont les signataires se comptent par centaines de mille (1) Des milliers de meetings ont discuté ardemment la question Au 10 juillet 1893, on en comptait 185 qui s'étaient prononcés contre, et 4,624 pour le bill d'option locale.

Tous les efforts du parti de la tempérance en Grande-Bretagne tendent actuellement à introduire le referendum de l'option locale au moyen duquel on espère réduire considérablement le nombre des débits de boissons.

En Angleterre, les concessions pour tenir les débits n'ont lieu que pour une année et le pouvoir de les renouveler appartient à certains magistrats du comté qui décident du retrait ou du renouvellement de la licence. — Par l'option locale ce pouvoir serait transféré aux électeurs de la commune ou plutôt de la paroisse.

Le renouvellement annuel des licences a provoqué, il y a quelques années, un conflit qui est devenu célèbre et a pris une très grande importance. Il s'agit du fameux procès *Sharp versus Wakefield*. Dans une vallée montagneuse peu peuplée du N.-O. de l'Angleterre, dans le comté de Westmoreland, se trouvait une modeste auberge, le *Low Bridge Inn*, qui avait une concession renouvelée d'année en année depuis des siècles. Or, en 1887, Susannah Sharp, propriétaire de la petite auberge, voulant renouveler comme d'habitude sa concession, se rendit dans ce but dans la ville voisine de Kendal où sont les magistrats concessionnaires. Ceux-ci refusèrent le renouvellement par le motif que l'auberge était dans un endroit si retiré qu'elle échappait à la surveillance de la police et que la grande majorité des habitants (la localité comptait en tout 174 hab.) était opposée au renouvellement de la concession. La tenancière, S. Sharp, se sentit profondément lésée dans ses droits. Elle réclama une indemnité et en appela en vain contre MM.

(1) Au 10 juillet 1893, il y avait 1.156.659 signatures contre 538.337, pour, ce qui ne prouve pas que l'opinion publique est contre, mais seulement que le parti des aubergistes a fait activement signer les pétitions dans les 150.000 débits du royaume.

Wakefield et consorts, les magistrats qui avaient refusé le renouvellement de la licence. La Société des aubergistes de Westmoreland, pressentant la portée de cet arrêt, prit la cause en main et s'adressa à Londres au tribunal supérieur pour faire casser les deux jugements des instances inférieures. Le tribunal supérieur étudia à fond la question et ne trouva rien dans la loi sur les concessions qui obligeât les autorités concessionnaires à certaines règles pour le renouvellement des licences.

Le parti des aubergistes se fâcha. Il y allait de leurs plus gros intérêts. Aussi portèrent-ils la cause devant le tribunal d'appel qui confirma le 15 décembre 1888, après une minutieuse enquête, les sentences des autres tribunaux.

Cependant, Mme Susannah Sharp, ou plutôt le parti des brasseurs, la puissante corporation « beerage » qui s'était désormais substitué à elle, avait encore une dernière instance, le tribunal suprême, présidé par le lord chancelier. Ici encore le jugement fut confirmé, cette fois définitivement en 1891. Ainsi fut tranchée la question du principe de non-indemnité en cas de retrait de licence qui fera désormais jurisprudence en Angleterre.

Quand à l'auberge du « Low Bridge Inn » on n'y trouve plus de boissons alcooliques, pas même un verre de bière, mais il paraît que tout le monde est content. Les buveurs des villages avoisinants qui venaient auparavant y faire des orgies ont disparu et la moralité générale de la population, ainsi que l'éducation des enfants, y a, dit-on, beaucoup gagné depuis le refus du renouvellement de la concession.

L'option locale est fortement critiquée néanmoins en Angleterre comme en Amérique. On lui reproche d'abord d'être sujette à des variations qui peuvent avoir dans certains cas de sérieux inconvénients. Comme les concessions se renouvellent d'année en année, si la majorité vient à changer fréquemment, on voit quelles fâcheuses conséquences peuvent en résulter. L'Américain Thomann juge très sévèrement l'option locale (1). Il affirme qu'elle va à l'encontre de son but et qu'elle est bien loin de favoriser les progrès de la moralité et du bien-être matériel

(1) *Real and imaginary effects of intemperance. A statistical sketeh by* G. Thomann, New-York (*The United States Brewer's Association*). 1884, P. 84. Cette publication, comme la plupart de celles qui viennent d'Amé-

des localités où elle est imposée. On l'élude secrètement ou on la viole ouvertement et audacieusement. Depuis que des restrictions excessives ont été apportées au commerce de *toutes* les boissons alcooliques, on constate en Amérique une diminution considérable dans la consommation de la bière, tandis qu'il y a une augmentation sensible dans la consommation de l'eau-de-vie dont la qualité se détériore de plus en plus.

Le commerce de la bière était libre en Finlande jusqu'à l'année dernière. Mais dans une réunion du Landtag en 1882, les premières plaintes se firent entendre contre l'importation de la bière bavaroise et, depuis la loi du 1er juin 1893, la vente et la fabrication de la bière, comme celles du vin et de l'eau-de-vie sont soumises à l'option locale. Cette loi donne aux municipalités le droit d'accorder pour deux ans ou de refuser les concessions pour le commerce de la bière. Le premier effet de cette mesure a été de diminuer considérablement le nombre des brasseries.

Un des derniers pays, enfin, où l'option locale a été adoptée, se trouve aux antipodes. Le bill accordant la *local option* pour la Nouvelle-Zélande a passé récemment en troisième lecture au parlement australien. Il existe du reste, en Australie et dans la Nouvelle-Zélande, une société médicale analogue à celle qui s'est fondée à Londres en 1884, qui s'occupe exclusivement de l'étude scientifique de l'ivrognerie et de son traitement. Sur l'initiative de cette société, on a créé à Melbourne un des asiles médicaux pour buveurs les plus considérables et les mieux organisés. Un autre asile, moins grandiose, existe aussi sous une direction médicale, en Nouvelle-Zélande.

II. — ASSISTANCE DES ALCOOLIQUES

On rencontre des alcooliques dans tous les établissements destinés à l'assistance publique ou à la répression des délits et

rique, est entachée de parti pris. L'auteur a essentiellement pour but de démontrer que la bière ne produit pas l'alcoolisme (2 cas de délirium tremens sur 500 ivrognes traités à Cings-County-Home) et que le paupérisme et la criminalité ne sont pas, aussi fréquemment qu'on l'a dit, les effets de l'intempérance. Ce livre abonde, du reste, en renseignements sur ces questions.

des crimes, Les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les prisons, les maisons de travail et de correction, les hospices d'incurables en sont encombrés. L'alcoolisme, suivant ses effets, mène fatalement à l'une ou à l'autre de ces institutions sociales, et cependant les hommes compétents dans tous les pays réclament de plus en plus énergiquement des asiles spéciaux pour les buveurs, en nombre considérable, qui n'appartiennent ni à l'un ni à l'autre de ces établissements et qui sont un danger permanent pour leurs familles et pour la société. Nous ne nous occuperons ici que de cette dernière catégorie d'alcooliques qui exige une assistance spéciale.

ASILES POUR BUVEURS.

Etats-Unis.

Les Américains, qui ont fait tant d'efforts pratiques pour extirper l'ivrognerie sont arrivés les premiers à la conclusion que les buveurs sont des malades et qu'ils doivent être traités en conséquence dans dès asiles spéciaux. Le Dr Crothers, un des spécialistes les plus connus dans ce domaine, a donné, l'année dernièré, au Congrès de Chicago, une étude historique de ces asiles en Amérique, où nous trouvons des renseignements nouveaux et intéressants. Nous y ferons de larges emprunts (1), ainsi qu'à d'autres publications du même auteur et à celles, non moins instructives, du Dr Norman Kerr, de Londres.

Il paraît que Condillac demandait déjà, en 1748, des hôpitaux spéciaux pour les « maniaques de la boisson ». Il voulait dans ce but une modification de l'opinion publique afin que l'État comprît le devoir qui lui incombe de fonder des établissements semblables. Le Dr Rush, à Philadelphie, insista le premier, en 1790, sur la nécessité de la création d'asiles pour buveurs et, dès lors, les médecins les plus éminents n'ont cessé d'en demander la fondation. Cabanis, à Paris, en 1802;

(1) *Temperance in all Nations.* New-York, 1894. T. I. p. 92. *Inebriat asilums* by T. D. Crothers. M. D. superintendent Walnut Lodge Hospital, Hartford (Connecticut). Voir aussi *Comptes rendus du Congrès de Zurich*, p. 224.

Platner, à Lepzig, en 1809; Salvator, de Moscou, en 1817; Esquirol, en 1818; Buhl Cramer, à Berlin, en 1822.

La Société médicale de Connecticut nomma, en 1830,un comité pour mettre à l'étude la question de la nécessité d'un asile pour le traitement médical des ivrognes. En 1833, le Dr Woodward, médecin-directeur de l'asile des aliénés de Worcester (Massachussetts) réclame aussi des hôpitaux spéciaux pour le traitement des ivrognes. Quelques années plus tard, en 1844, la Commission centrale anglaise *in Lunacy*, demandait aussi que les buveurs fussent considérés comme des malades et internés dans des asiles pour y être soumis à un traitement spécial. Mais l'opposition fut acharnée et la question des asiles spéciaux ajournée.

On ne fit rien de pratique jusqu'en 1846. A cette époque, le Dr J.-E. Turner, du Maine, simple médecin-praticien, désirant sauver de l'ivrognerie un vieil ami, reconnut la nature morbide de ce mal et commença une agitation enthousiaste pour la cause du traitement de l'ivrognerie dans des hôpitaux spéciaux. Après huit années d'efforts persévérants, luttant sans relâche contre une opposition formidable, il réussit à former une société pour la construction d'un » hôpital pour les ivrognes », dont le célèbre chirurgien Dr Valentine Mott était le président. On fit une loi qui donna à la direction de l'hôpital le pouvoir de retenir contre leur gré les internés dans la maison.

La ville de Binghamton (New-York) acheta une ferme de près de 200 acres (environ 80 hectares) et la donna à la nouvelle société. La construction de l'asile ne fut terminée qu'après 18 ans et l'établissement ne put être ouvert aux malades qu'en 1864. Il fut fondé dans les principes suivants : L'asile de Binghamton n'accepte les malades que pour une durée minimum de une année. On ne demande à l'entrée ni vœu ni promesse. Chaque cas est considéré comme *folie, suicide*, exigeant un long traitement médical et la séquestration (restraint). Cette méthode, très en avance pour son temps, est à peine reconnue aujourd'hui comme la meilleure, même par les maîtres de la science.

Cependant les ivrognes protestèrent contre leur internement forcé et ne voulurent pas entendre parler de maladie. Ils cher-

chaient journellement à faire rompre, par leurs amis, les engagements qui avaient été pris pour leur traitement. Grâce à des hommes influents, les fondateurs de l'asile furent bientôt en butte à une opposition acharnée. — Sous la pression de l'opinion publique, le Comité se vit forcé d'adopter le traitement libre et le Dr Turner fut destitué. On voulut rendre l'asile populaire. Les politiciens de New-York en devinrent les directeurs. En 1867, l'ancien comité transféra sa propriété pour un dollar à l'Etat de New-York, par un acte de donation, sans l'avis ni le consentement d'aucune autorité judiciaire ou politique. Dès lors commence la dégringolade. Survint une série d'infortunes, entre autres un incendie ; en moins de 11 ans, 7 directeurs se succédèrent. Les choses arrivèrent à tel point que l'État changea la destination de l'asile et le transforma en asile d'aliénés Pour justifier cet acte, un gouverneur politique déclara que l'asile pour ivrognes avait été un « fiasco » (failure).

On en répandit partout le bruit et on condamna dès lors les asiles spéciaux pour le traitement des ivrognes, ainsi que l'a fait M. S. Thomann au Congrès de Zurich (1). Une étude statistique démontra cependant que de tous les malades sortis de l'asile de Binghamton de 1870-1874 (en 5 ans), 62,5 % sont restés tempérants ou totalement abstinents.

Si le traitement médical de l'ivrognerie avait été basé sur une pure théorie, c'en était fait de lui, dit le Dr Crothers. Mais l'épreuve était faite et la disparition de Bringhamton marqua la naissance d'un grand nombre d'asiles similaires dont quelques-uns ont accompli de grandes choses. Ils ont prouvé clairement et définitivement que l'ivrognerie était une véritable maladie et qu'on pouvait la guérir par des soins convenables.

Nous ne pouvons donner ici un aperçu, même succinct, du développement des asiles pour buveurs en Amérique. On en a créé plus de cinquante aux États-Unis, dont plus de quarante sont aujourd'hui en plein succès. Parmi les nouveaux asiles, un certain nombre manquent d'une bonne direction. Ils ont été créés d'après des idées théoriques préconçues. Quelques-

(1) *Ueber Trinkerasyle* von S. Thomann. *Compte rendu du second meeting international contre l'abus des boissons alcooliques,* Zurich, 1888. P. 239.

uns ont été abandonnés ou transformés en asiles pour maladies nerveuses ou mentales, ou en établissements hydrothérapiques. Parfois ils dissimulent leur véritable but pour éviter à leurs pensionnaires le stigmate de l'ivrognerie. Trois grands asiles font des cures « par la foi qui guérit ». D'autres ne sont que des *lodging-houses* où l'ivrogne entre pour quelques jours afin d'y cuver son vin à loisir. Plusieurs ne reçoivent que les morphinomanes ou les intoxiqués par l'opium. Parfois le traitement employé dans les asiles est purement empirique et bien peu sont aménagés et organisés sur des bases vraiment scientifiques pour l'étude et le traitement médical de l'ivrognerie.

Il y en a trois surtout qui se distingent avantageusement des autres sous ce rapport.

Le « Washingtonian-Home », à Boston, fondé en 1857, au centre de cette ville, n'était au début qu'un simple *lodging house* pour ivrognes. Après des années de luttes contre une puissante opposition et des essais sérieux, ce « home » devint un hôpital organisé d'après les exigences de la science médicale et placé sous la direction d'un médecin expérimenté. Présentement, c'est le plus ancien asile pour buveurs qui existe au monde. Son directeur, le Dr Day, a la plus grande expérience possible sur l'ivrognerie et son traitement. Cet hôpital a été en butte à toutes les critiques et a subi toutes les persécutions et les vexations que doivent affronter toutes les grandes entreprises et les créations nouvelles de la science. Quatre cents malades environ sont traités annuellement au Washingtonian-Home. Le Dr Day annonce que le chiffre des guérisons a atteint parfois le 70 % du total des malades traités. Il a fait une enquête sur 5,000 cas traités à Washingtonian-Home depuis dix ans et plus. Sur ce nombre 42 % sont restés abstinents et tempérants depuis la sortie de l'asile.

Le second grand asile américain est le *Kings County Home* de Brooklyn ou *Fort Hamilton* (N.-Y.). Il a été ouvert en 1867 et a débuté très modestement. Aujourd'hui c'est un magnifique hôpital qui traite avec succès des centaines d'ivrognes. Le Dr Mason, directeur actuel de cet asile, a fait une enquête analogue à celle du Dr Day, de Boston, et a trouvé que, sur 2,000 buveurs sortis en dix ans de Kings County Home, 44 % étaient guéris définitivement de leur ivrognerie.

Le Dr Crothers est directeur d'un très grand asile qui peut prendre place à côté de ceux que nous venons d'énoncer, le *Walnut-Lodge Hospital* a Hartford (Connecticut), fondé par une corporation privée et inauguré en 1878. — Cet établissement est très renommé.

Les résultats du traitement dans les quelques asiles fondés sur une base scientifique sont très encourageants. Selon le Dr Croshers, les auteurs les plus compétents comptent au moins 1/3 de guérisons complètes et définitives. Il est vrai que d'autres établissements, qui traitent l'ivrognerie comme un vice ou d'une manière empirique, prétendeut obtenir 80 °/° et même 90 °/° de guérisons ; mais le contrôle manque et il n'y a pas de statistiques publiées.

Les principes scientifiques sur lesquels sont fondés les asiles médicaux pour la cure des ivrognes peuvent se résumer en peu de mots. L'admission d'un buveur a lieu pour trois à six mois au minimum. A l'entrée un examen médical soigneux avec l'observation écrite de ses résultats : bains, hydrothérapie, médication et remèdes suivant les indications. Occupation, travail, récréation. Changement de régime et régularité de la vie. Les ivrognes sont traités comme des malades du cerveau auxquels on évite toutes les causes d'excitation ou d'irritation : abstinence totale des boissons alcooliques, discipline, traitement méthodique et préventif des paroxysmes périodiques. Il faut parfois de longues années pour se guérir de l'état neurasthénique que produit l'alcoolisme. Crothers compare le traitement des ivrognes dans l'asile aux quarantaines faites par les malades atteints d'affections contagieuses. On isole les victimes de la boisson de toute cause excitante ou provocatrice et on les place dans les meilleures conditions possibles pour qu'ils puissent recouvrer pleinement leur santé. Il pense que, plus tard encore, on obtiendra de meilleurs résultats à mesure que l'on perfectionnera les moyens rationels de traitement.

Angleterre.

La Grande-Bretagne suivit bientôt l'exemple de l'Amérique, De nombreux asiles pour buveurs se fondèrent en Angleterre et en Ecosse et, actuellement, on en compte environ 40 en

pleine activité. La grande majorité cependant ne sont pas dirigés par des principes scientifiques. Ce sont des fondations faites par des congrégations religieuses ou des retraites créées par la charité privée.

Le *Dalrymple Home* à Rickmansworth, près Londres, sous la direction d'un spécialiste éminent, le Dr Norman Kerr, est un des asiles les mieux organisés qui existent. Il a été inauguré en 1884 et donne d'excellents résultats. Fondé, en 1883, par une association philanthropique (The Homes for Inebriates Association), dans le but d'essayer le traitement scientifique des ivrognes, on lui a donné le nom du Dr Dalrymple qui avait proposé, en 1870, au Parlement, le premier bill pour le placement volontaire ou la détention forcée des buveurs dans les asiles (1) ; ce bill est devenu dans la suite l'*Habitual Drunkhards' Act* de 1879 qui a été amendé et définitivement adopté, en juillet 1888, sous le nom de *Inebriates' Acts for the detention of habitual drunkhards* (2). La détention forcée ne doit pas excéder douze mois.

Au Congrès de Chicago, le Dr Norman Kerr a donné les résultats de l'activité du « Dalrymple Home » pendant les 8 premières années de son existence. Sur 266 ivrognes sortis de l'établissements 89 = 33 °/° sont restés abstinents et 21 = 8°/° sensiblement améliorés. Le dernier rapport sur la marche de l'asile (1891-92) complète ces renseignements et donne de nombreux détails sur les 266 cas de sortie (3). Nous voyons, d'après ces tableaux, qu'après les « gentlemen sans occupation » ce sont les professions libérales (surtout les médecins) et le négoce qui fournissent le plus d'ivrognes. Parmi les causes provocatrices, la « sociabilité » est de beaucoup la plus fré-

(1) *A bill to amend te Laws of Lanacy and to provide for the menagement of Habitual Drunkhards.*

(2) Voir *Inebriety* by Norman Kerr. 2e édition. London, 1889.

Society for the stuiy of Inebriety and Homes for inebriates, par le même. Congrès de Chicago. *Temperence in all Nations.* Vol 1., p. 231.

Fedor Gerény donne un aperçu historique complet de cette question dans sa brochure *Die Trinker-asyle Englands.* Wien, 1893.

(3) 8e rapport annuel sur le *Dalrymple home at Richmansormth*, Londres, 1892.

quente. On l'a relevée dans 124 cas, tandis que les causes les plus fréquentes après celles-ci sont : les chagrins domestiques (24 fois), l'oisiveté (24), et la mauvaise santé (24 fois).

Parmi les 266 on comptait :

Placés d'office (sous l'act)	118
Malades privés	148
Total	266

Depuis la fondation de l'asile, le nombre des malades privés a toujours surpassé celui des ivrognes placés d'après les prescriptions de l'inebriats act. On remarque cependant que le nombre de ces derniers, qui se mettent sous la protection de l'act tend à augmenter. Les malades eux-mêmes ont le sentiment qu'ils ne peuvent s'arracher à leur passion de boire qu'en se plaçant sous la loi de détention.

Les évasions sont très rares. Les individus qui troublent le repos et la discipline sont congédiés lorsqu'on a reconnu qu'ils n'étaient pas susceptibles d'amélioration. Pendant les trois premiers mois de leur séjour, les malades ne doivent pas sortir de l'établissement. Plus tard, ils ont un jour de sortie pendant la semaine et le dimanche matin. Ces sorties dépendent naturellement de la conduite du malade qu'on n'autorise à sortir seul que lorsqu'on peut avoir pleine confiance en lui. La surveillance se fait avec soin, et si l'on s'aperçoit qu'un malade a bu dans une de ses sorties, il est de nouveau détenu pour trois mois comme un nouvel arrivant. Il y a six infirmiers dans l'établissement.

Le directeur, Dr R.-W. Brauthwaite a signalé surtout deux inconvénients (1) : le manque d'occupation régulière des malades et le temps trop court de ls détention (en moyenne 6 mois) qui ne suffit pas, dans la majorité des cas, pour amener une guérison.

La loi anglaise considère comme ivrogne (Habitual Drunkhards) toute personne, non aliénée légalement, qui, par suite de l'abus habituel des boissons spiritueuses, peut devenir parfois dangereuse pour elle-même ou pour les autres, ou bien est incapable de se conduire et de gérer ses affaires.

(1) Voir F. Gerényi, *loc. cit.*, p. 37.

Les asiles pour buveurs, au sens de la loi, sont ceux qui moyennant une licence des autorités, paraissent propres à l'admission, la surveillance, les soins et la guérison des ivrognes.

Les licences ne sont pas accordées pour plus de 13 mois, mais peuvent être toujours renouvelées. Celui qui a obtenu une semblable licence doit être médecin ou, du moins, doit charger un médecin du traitement des malades. Les personnes qui ont déjà un permis pour soigner les aliénés ne peuvent recevoir une licence pour traiter les buveurs.

L'ivrogne qui veut entrer dans un établissement patenté doit en faire la demande par écrit au directeur de l'asile, en indiquant le temps qu'il compte y rester. Cette demande doit être signée par deux personnes qui certifient l'ivrognerie notoire de celui qui sollicite l'entrée. Les signatures doivent être certifiées par deux juges de paix du district qui attestent en outre que l'ivrogne a bien compris les conséquences de son admission dans l'asile.

Deux jours au plus tard après l'entrée du malade dans l'asile, le directeur doit en aviser l'autorité locale et le ministère en indiquant les motifs de l'admission. Le ministre et les autorités judiciaires ont toujours le droit de faire sortir un ivrogne de l'asile, s'ils trouvent que sa détention n'est pas nécessaire. En tout cas cette détention ne doit pas dépasser 12 mois. Avec l'autorisation du juge de paix un malade peut être momentanément placé en dehors de l'asile pour soins spéciaux chez d'autres personnes qui en assument la responsabilité. Cette autorisation ne peut être accordée que pour deux mois. Elle est renouvelable dans les mêmes conditions jusqu'au moment du terme de la détention. Ces autorisations peuvent être retirées en tout temps par le juge de paix ou par le ministre sur le rapport de l'inspecteur, et le malade réintégré à l'asile.

Les contraventions à l'acte de 1879 et 1888 (négligences, mauvais traitements exercés sur les malades, introduction de boissons alcooliques dans l'asile, etc.) sont punies d'une amende allant jusqu'à 20 livres ou de la prison jusqu'à 3 mois avec ou sans travaux forcés. Si ce sont les malades qui se mettent en contravention ou se refusent à obéir aux règlements de l'asile, ils peuvent être punis d'une amende jusqu'à 5 livres ou de la prison jusqu'à une semaine, après quoi le condamné

est réintégré dans l'asile pour y subir son temps de détention (le temps passé en prison ne comptant pas dans le terme fixé).

Des instructions spéciales pour l'application de la loi ont été publiées par le ministre le 1er janvier 1880 et le 10 août 1883. Les plans de l'asile doivent être affichés et les appartements des malades spécialement désignés. Outre le registre des admissions, sorties et décès, et celui des observations et du traitement des malades (*case-book*), il y aura, dans chaque asile, un livre spécial où « l'inspecteur » note ses observations qui doivent être transmises au ministre dans les 36 heures. Le directeur de l'asile doit aviser le ministre et et les autorités locales des cas de décès dans les 48 heures ; de même il devra aviser l'inspecteur des cas d'évasion dans les 48 heures. L'avis devra être immédiat s'il se déclare un cas d'aliénation mentale. La séparation des sexes (dans les asiles mixtes), les visites aux malades, leur correspondance, les fonctions de l'inspecteur sont définies dans ces règlements. L'asile doit être ouvert partout et en tout temps à l'inspecteur qui visitera chaque malade placé sous la loi.

Le 6 mai 1892, une commission fut nommée par le gouvernement anglais pour faire une enquête sur les résultats des *Inebriates Acts* 1879 et 1888, et un rapport sur le meilleur mode de traitement des ivrognes. Cette enquête, où l'on entendit les hommes les plus compétents de l'Angleterre, ne renferme pas moins de 1938 questions avec leurs réponses (1).

Le premier témoignage entendu fut celui du Dr H.-W. Hoffman, inspecteur des asiles patentés, actuellement au nombre de sept (on en trouvera une description complète dans la brochure de F. Gerényi dont nous avons déjà parlé). Tous ces asiles renferment des malades privés (qui n'ont pas voulu se placer sous la protection de la loi qui prescrit la détention d'une année) dont l'inspecteur ne s'occupe pas du tout. Envi-

(1) Inebriates Committee. *Notes of evidence taken by the departemental committee on the Treatment of Inebriates with appendices and index.* London, 1893.

Je dois ce document important ainsi que beaucoup d'autres informations à M. L. Karcher, président de la ligue patriotique suisse contre l'alcoolisme, que je suis heureux de remercier ici pour son aimable obligeance.

ron 800 malades, placés sous la loi, ont été admis dans les asiles jusqu'en 1891 compris. Au 31 décembre 1891, il restait 62 buveurs en traitement. Devant des chiffres aussi minimes, l'inspecteur n'hésite pas à dire que la loi a été un insuccès (*a failure*) et qu'elle doit être amendée. Il précise les points qui lui apparaissent susceptibles d'être améliorés et que nous allons retrouver dans le rapport de la commission. Ce rapport résume, en effet, les dépositions des experts, au nombre de 24, qui ont été entendus par la commission. En voici les principales conclusions (1).

On a obtenu, disent les concessionnaires, beaucoup de guérisons dans les asiles patentés par le traitement médical et la discipline, mais nos investigations nous ont démontré qu'il faut une amélioration et un agrandissement considérable de ce système si l'on veut obtenir un bénéfice réel et général de ces institutions.

Les motifs donnés par différents témoins pour expliquer l'insuccès relatif des actes sont :

1° Le manque d'une notoriété suffisante de l'existence des asiles, même parmi les magistrats.

2° Le défaut de facilités convenables pour l'admission des malades.

3° L'absence d'une prescription légale qui permette de contraindre un buveur avéré qui ne s'est pas laissé persuader d'entrer volontairement dans l'asile.

4° L'insuffisance du temps maximum de détention (12 mois) et les obstacles pour la réadmission ;

5° La difficulté de réintégrer les malades évadés et le manque de moyens efficaces pour agir sur les réfractaires.

La commission pense que toutes ces difficultés peuvent être écartées ou du moins considérablement diminuées, et fait dans ce but les propositions suivantes :

(*Ad 1*) La question des asiles pour buveurs a éveillé depuis quelques années un intérêt de plus en plus généralisé, on peut donc espérer que ces asiles seront toujours plus connus et que leur existence sera moins ignorée de ceux auxquels ils

(1) *Report from the Departemental Committee on the Treatement of Inebriates presented to both Houses of Parliament.* London, 1893.

sont destinés. Le secrétaire d'État jugea en outre de l'opportunité qu'il pourrait y avoir d'envoyer à ce sujet une circulaire aux magistrats et à d'autres personnes officielles.

(*Ad 2.*) Au lieu de la procédure actuelle compliquée et embarassante qui exige la comparution du buveur devant deux magistrats du district ou un juge stipendié, plus le témoignage de deux personnes certifiant l'ivrognerie notoire de l'appelant, il suffirait, d'après la commission, de la comparution devant un seul magistrat ou un juge de la cour du comté, sans que eette comparution eût lieu à huis ouverts.

(*Ad 3.*) Pour rendre plus générale l'œuvre excellente des asiles, l'internement forcé, aussi bien que la détention, doit être légalisé, de sorte que ceux qui répondent à la définition d'*habitual drunckharh* de l'acte de 1879, après une investigation soigneuse de chaque cas particulier, doivent être traités d'une manière analogue à celle qui est usitée pour les aliénés et séquestrés dans les asiles pour un temps plus considérable.

Le Dr Norman Kerr a particulièrement insisté sur ce point Il a affirmé que c'était l'opinion générale des médecins anglais et il a cité diverses législations de plusieurs États de l'Union américaine qui ont adopté avec succès les mesures du placement forcé des ivrognes dans les asiles (Pensylvanie, Connecticut, New-Yersey). Il cite aussi Ontario, Québec, l'Australie du Sud, Victoria dans *Inebriates Act* de 1890, et la Nouvelle Zélande, ainsi que la loi du canton de Saint-Gall, dont nous parlerons plus loin. On exige le plus souvent le certificat de deux médecins pour ces placements.

D'autre part, la commission départementale recevait un mémoire adopté le 15 décembre 1892 par le comité législatif spécial de l'Association médicale britannique, mémoire qui pose les bases de l'organisation scientifique médicale des asiles, d'après les vues des médecins anglais. Nous en reproduisons les points les plus importants (1).

« Le meeting de *l'Inebriates Legislation Committee* de l'Association médical britannique (association qui compte plus de 14,000 médecins praticiens patentés) est d'avis qu'il y a

(1) Enquête de la Commission départementale pour le traitement des ivrognes. *Loc. cit.*, p. 81. Appendix II (3).

urgence, dans l'intérêt des buveurs (dont la volonté est paralysée), de leurs familles et de la communauté, d'apporter les modifications suivantes à l'*l'Inebriates Act* de 1879 et 1888:

» (*a*) Le pouvoir donné à un juge, à un magistrat stipendié ou à un membre de la cour du comté de prononcer la séquestration forcée des buveurs non criminels dans des institutions curatives spéciales, sur la production des certificats de deux médecins patentés et sur la demande d'un parent ou d'un membre du bureau de bienfaisance.

» Le pouvoir donné au juge et au magistrat de placer dans une maison de correction curative spéciale les buveurs coupables d'une contravention contre la loi.

» (*b*) Placement, détention, aux frais de l'État des buveurs, criminels ou non, qui sont dans l'indigence ou ne peuvent pas payer leur traitement dans un asile.

» (*c*) Dans le cas de buveurs demandant volontairement leur admission dans un asile sous la protection de la loi, il conviendrait de supprimer la clause exigeant la comparution devant deux magistrats que l'on remplacerait par une enquête écrite, signée par l'appelant en présence d'un commissaire, d'un ecclésiastique, d'un juriste ou d'un médecin.

» (*d*) Mêmes mesures à prendre pour les soins et la détention des intoxiqués par l'opium, la morphine, le chloral, le chloroforme, l'éther, la cocaïne et toute autre substance narcotique.

» (*e*) Le pouvoir accordé au directeur d'un asile ayant une licence de nommer un délégué pendant toute la période de sa licence, et non pas pour six semaines seulement, comme le veut la loi.

» (*f*) Nécessité des asiles distincts pour hommes et pour femmes.

» (*g*) Le pouvoir au directeur d'un asile sans licence ou à toute autre personne autorisée de recevoir directement à l'asile les malades qui se seraient évadés, au lieu d'avoir besoin d'en demander l'autorisation, de charger la police de l'exécution de cette autorisation qui ne peut-être accordée que par un arrêt de la justice autorisant la contrainte par corps de l'évadé.

» (*h*) Le pouvoir donné aux administrateurs de la taxe des

pauvres de placer en traitement les buveurs indigents et de payer pour leur détention dans une institution curative spéciale. »

(*Ad 4.*) Tous ceux qui s'occupent du traitement des buveurs pensent que douze mois sont un minimum de détention pour les cas d'ivrognerie habituelle et qu'il faudrait prolonger ce temps jusqu'a deux ans au maximum, lorsque cela serait nécessaire. Les formalités de la réadmission devraient aussi être simplifiées.

(*Ad 5.*) Une fois que l'internement forcé serait adopté, il faudrait donner au directeur de l'asile le pouvoir de libérer un malade avant l'expiration du terme de sa détention, lorsqu'on a reconnu sa guérison afin de prévenir les évasions. Il faudrait pouvoir renforcer aussi les mesures disciplinaires dans les cas de malades réfractaires.

La commission départementale propose en outre la création de quartiers spéciaux dans les prisons, les asiles publics d'aliénés et les workhouses, dans lesquels on placerait les ivrognes pour y être spécialement traités de leur maladie.

L'appendice V de l'enquête de la commission est consacré à une analyse du *Restorative Home (Scotland) Bill* par M. Charles Morton (1). Ce bill, dû a l'initiative des médecins les plus influents et des autorités écossaises, consacrera l'internement forcé des buveurs qui refusent d'entrer volontaire ment dans les asiles. En outre il autorisera l'admission sans autre formalité judiciaire de ceux qui demandent leur entrée volontaire, et enfin il décrétera la fondation d'établissements pour les buveurs payants et la création aux frais de l'Etat d'asiles pour les buveurs indigents.

Allemagne.

Le plus ancien asile fondé en Europe est celui de Lintorf, dans la Prusse Rhénane, ouvert le 17 mars 1851 avec deux buveurs sortant de prison (2). Jusqu'en 1888, l'asile avait reçu 611 ivrognes, en moyenne 17 par an. C'est le pasteur du

(1) *Loc. cit.*, p. 91.

(2) *Von den bisherigen practischen Erfolgen der verschiedenen Trin-*

village de Lintorf qui est directeur de l'asile. Le prix de pension est de 150 à 450 marks par an. Tous les pensionnaires travaillent au jardin et aux champs, et pendant l'hiver dans la maison. Une dépendance de l'asile, l'établissement de « Siloah » fut ouvert le 22 novembre 1879 pour recevoir des malades d'une classe sociale plus élevée. Jusqu'en 1891, ce second asile reçut 326 buveurs, environ 27 par an. Le 20 o/o seulement des demandes d'entrées ont été admis. Le prix de pension est de 125 à 150 marks par mois, mais les malades y séjournent habituellement un temps beaucoup trop court, et l'on n'a pas encore trouvé le moyen de les occuper convenablement. Tandis qu'au début le pasteur Hirsch croyait que l'ivrognerie n'était qu'un vice parce qu'il ne l'envisageait qu'au point de vue de la moralité, il fut bientôt contraint de reconnaître que bien souvent l'ivrognerie est une horrible maladie provenant d'un affaiblissement général de l'organisme et d'une tare héréditaire (1). L'abstinence totale est la condition *sine quâ non* du traitement efficace des buveurs. Il y a une catégorie de buveurs incorrigibles qui exerce une funeste influence sur les autres et pour lesquels une discipline beaucoup plus sévère serait nécessaire. Il faudrait les placer dans d'autres asiles organisés différemment. Hirsch estime que les guérisons définitives atteignent à Lintorf le chiffre de 25 o/o. Mais si on fait abstraction des malades qui sont restés moins de six mois dans l'établissement, ce chiffre monte à 58 o/o.

Trois autres asiles, d'une certaine importance, pour buveurs, ont été annexés en 1889, à la colonie « Bethel », près de Bielefeld en Westphalie. La *Friedrichshütte* de 30 lits, la *Wilhelmshütte* 12 lits, et le *Eichhof* qui était destiné primitivement aux convalescents et qui renferme actuellement aussi quelques buveurs. Ici chaque pensionnaire a sa chambre et paye 1,200 marks et plus par an.

kerasyle, par le pasteur Hirsch (Lintorf). *Compte rendu du meeting de Zurich*, 1888, p. 132. Voir aussi :

Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands, par le Dr A. Tilkowski. *Jahrbücher für Psychiatrie*. 12 vol. 1er et 2e fascicule, p. 12, 1893.

(1) *Kurzer Bericht über die Trinkerteilanstalt : Das Kurhahs Siloah zu Lintorf*, par le pasteur Hirsch, Dusseldorf, 1891.

Dans ces asiles, on ne reçoit pas seulement des buveurs, mais aussi des individus dépravés moralement. Les malades y sont considérés comme des pécheurs et des vicieux qu'il faut guérir par la prière et la parole de Dieu. L'abstinence totale des boissons alcooliques et le travail manuel sont aussi la base du traitement dans les fondations de Bielefeld. Il n'y a pas de publications statistiques sur le résultat de ces asiles.

Il s'est fondé en Allemagne, depuis quelques années, un certain nombre d'asiles pour buveurs et plusieurs établissements sont présentement à l'état de projet, entre autres dans le grand-duché de Bade. Voici, d'après A. Baer (1), les plus récents : Kickling, près de Neumünster, dans le Holstein ; Sophienhof, près de Tessin (Mecklenbourg) ; Nieder-Leipa, près de Iauer en Silésie ; Kaesdorf, près de Gifthorn, dans le Hanovre ; Karlshof, près de Rastenbourg, dans le duché de Weimar-Eisenach, et Klein-Dreuzig, près de Guben, dans la province de Brandenbourg, fondé par la Société provinciale brandebourgeoise contre l'abus des boissons alcooliques.

Suisse.

Asile de Trélex (Vaud). — Il existe actuellement en Suisse quatre asiles pour buveurs, dont le plus ancien est celui de Trélex, à 5 kilomètres de Nyon, dans le canton de Vaud. Cet asile, ouvert le 1er janvier 1883, avec 5 buveurs, à Mollens, au-dessus de Morges, par une généreuse bienfaitrice, a été transporté quelques mois après, en novembre de la même année, dans les propriétés de la fondatrice, formant un vaste domaine agricole avec de nombreuses dépendances, qui se trouve dans le village même de Trélex. Cet établissement, absolument privé, ne publie ni rapports annuels ni statistiques. La plupart des renseignements suivants m'ont été donnés, dans une visite que j'ai faite à Trélex, par M. Morel-Sandoz, pasteur de cette paroisse, qui a la haute direction de l'asile, et par M. Pioget, directeur (2).

(1) *Die Trunksucht und ihre Abwehr*, 1890, p. 79.

(2) Que je suis heureux de remercier pour leur aimable réception. — Voir aussi la communication de M. Morel-Sandoz au Congrès de Zurich : *Comtpe rendu*, 1888, p. 139.

Il y a environ 60 admissions par an dans l'asile de Trélex, qui renferme en été 15 à 20 pensionnaires en moyenne par jour, et en hiver toujours plus de 20, jusqu'au maximum de 27, qui ne peut être dépassé. Les buveurs sont logés dans deux maisons contiguës. Ils prennent leurs repas en commun avec le directeur ou le sous-directeur, qui est en même temps maître-valet chargé de l'exploitation agricole, et qui habite dans la seconde maison pour surveiller plus spécialement les buveurs que l'on y place.

Le régime alimentaire est abondant et bien préparé. Il consiste en cinq repas : Matin, à 6 heures, déjeuner : lait, pain et fromage ; exceptionnellement, café au lait pour ceux qui ne peuvent supporter le lait pur. A 9 heures, thé et pain. A midi, dîner : soupe, viande et légumes (l'asile tue pour sa consommation 5 à 6 porcs par an) ; viande de boucherie, trois à quatre fois par semaine. A 4 heures, café au lait, pain et fromage. A 7 heures 1/2, potage nourrissant ; comme boisson, de l'eau.

Entre les repas, les malades boivent à volonté du thé, du moti, des tisanes de tilleul ou de feuilles de noyer. Le directeur se plaint de la quantité énorme de boissons consommées entre les repas.

Tous les pensionnaires travaillent. Il y a de nombreux ateliers. En été, les travaux agricoles occupent tous les bras ; en hiver, la coupe du bois. L'asile fournit vingt meules de 4 stères de bois coupé (puisé aux enchères à la forêt) aux habitants de la ville de Nyon.

Les pensionnaires de l'asile de Trélex sont reçus, pour la plupart, gratuitement. Ils appartiennent aux buveurs de la plus basse classe. Pour quelques-uns, les communes paient de 1 fr. à 1,50 de pension journalière. C'est assez dire que, chaque mois, la bienfaitrice de l'asile doit combler un large déficit. Malheureusement, les résultats obtenus ne sont pas en rapport avec les sacrifices qui sont faits. La catégorie spéciale d'ivrognes admis, le séjour beaucoup trop court qu'ils font en général (la très grande majorité ne séjourne pas plus de deux à trois mois dans l'asile), la liberté dont ils jouissent, l'absence d'une règle ou d'une discipline sévère, tout concourt à rendre le traitement inefficace. Aussi les récidives sont-elles la règle

pour les buveurs sortis de Trélex. Le nombre des buveurs est bien faible et impossible à apprécier, car les buveurs sortants se dispersent aux quatre vents des cieux et ne donnent plus de leurs nouvelles. Il est sérieusement question de réorganiser cet asile sur d'autres bases, et l'on espère alors en obtenir de meilleurs résultats.

Exceptionnellement, on réserve à Trélex des détenus libérés. Mais le directeur s'en plaint et dit que c'est un danger. Cependant on les élimine rapidement, dès qu'ils deviennent une cause de trouble, de sorte que, jusqu'ici, on n'a pas eu à regretter de fâcheux incidents.

Ce qui caractérise cet asile, c'est qu'on y reçoit les ivrognes les plus endurcis et les plus misérables. Dans la plupart des cas, la direction se charge de les habiller complètement. A Trélex, on n'admet que des hommes. Le traitement moral repose tout entier sur l'influence de l'Évangile. « Nous considérons les buveurs, dit M. Morel-Sandoz, non pas comme des malades, quoique leurs excès engendrent toutes sortes de maladies, mais nous les traitons comme des pécheurs, comme des êtres responsables de leurs fautes et qui doivent faire effort de volonté pour être guéris. » Dans les conditions actuelles, l'asile de Trélex a plutôt le caractère d'un *lodging-house* que d'un hôpital pour la *guérison des ivrognes*.

La Pilgerhüte (Bâle). — La *Pilgerhüte*, à Saint-Chischona, près de Bâle, est aussi un asile évangélique. Il a été fondé par la Société de tempérance de la Croix-Bleue. Il reçoit, comme Trélex, non seulement des buveurs, mais aussi des détenus libérés et des individus moralement pervertis, dont le nombre est beaucoup plus considérable que dans l'asile vaudois. Il n'y a pas de termes fixes pour la durée du séjour. Dans la règle, cependant, le minimum est de trois mois et le maximum ne doit pas dépasser deux ans. Les pensionnaires qui ne se plient pas aux règles de la maison sont renvoyés. Cet asile ne publie pas non plus de rapports ni de statistiques, de sorte qu'on ne peut pas juger de ses résultats. Le directeur s'est plaint au Dr Filkowski de l'influence fâcheuse exercée par des individus moralement dépravés. Les buveurs y sont un peu moins libres de sortir qu'à Trélex. Du reste, l'asile bâlois est fondé sur les

mêmes principes : le culte évangélique, l'abstinence totale des boissons alcooliqnes et le travail au grand air. Le prix de pension est de fr. 10 par semaine, fr. 12 pour ceux qui habitent une chambre à part et fr. 14 avec le chauffage. Les indigents ne paient rien. Ce sont eux qui donnent les plus mauvais résultats. Le régime alimentaire est à peu de choses près le même qu'à Trélex. La discipline est plus sévère à la Pilgerhütte et les rechutes paraissent moins fréquentes après la sortie. Il y a 20 à 30 admissions par année. Le nombre moyen de présence est de 12, le maximum 17 et le minimum 8. Je dois ces renseignements à M. Eliahn « Hausvater » de la Pilgerhütte.

Nüchtern (Berne). — Au printemps 1888, le pasteur Langhens, de Berne, fit la proposition de créer un asile pour buveurs dans ce canton. Cette proposition fut partout bien accueillie, un comité fut nommé et le pasteur Marthaler, qui en faisait partie, fut chargé d'un rapport sur la question, après avoir participé au Congrès de Zurich. en septembre de la même année (1). En novembre 1889, une grande assemblée convoquée à Berne décida la formation d'une Société bernoise pour la fondation d'un asile pour buveurs. L'année suivante, dans une assemblée générale tenue le 15 septembre 1890, le Comité de direction de l'asile projeté fut constitué et commença immédiatement ses travaux. Il acheta le domaine de Nüchtern, près de Kirchlindach, à une lieue de Berne, et dont le nom paraissait vraiment « providentiel » (2). Le directeur « *Hausvater* » fut nommé et l'asile ouvert le 1er mai 1891. Quinze personnes (dont deux femmes) furent admises jusqu'à la fin de l'année et il en restait onze au 31 décembre 1891. Le Grand Conseil vota fr. 6,000 pris sur le dixième de l'alcool, pour l'organisation de l'asile dont les débuts furent difficiles. On exige pour l'entrée une déclaration médicale constatant que le buveur n'est ni épileptique ni aliéné. Il doit en outre s'engager à rester un minimum de trois mois et à se conformer aux

(1) *Ein Wort über Gründung einer Trinkerheilanstalt im Kanton Bern, von* H. Marthaler, pasteur. Bienne, 1889.

Voir aussi le *Rapport sur l'asile de Nüchtern*, par le même. Berne, 1892.

(2) *Nüchtern* signifie : *à jeun, sobre, dégrisé.*

règles de la maison. L'exigence d'une caution pour le paiement du prix de la pension (variant de fr. 1 à fr. 5 par jour) n'a pu être maintenue.

Un assez grand nobre de demandes sont écartées, parce que les buveurs ne veulent pas s'engager à rester les trois mois exigés. En 1892, sur 55 demandes d'admission, 27 seulement furent acceptées. L'asile est organisé pour recevoir 20 pensionnaires. Depuis son ouverture au 31 décembre 1892, il reçut 43 personnes, soit 37 hommes et 6 femmes. Pendant ces vingt premiers mois d'exercice, on compte 31 % guéris, 20 % améliorés et 49 % de buveurs qui retombèrent dans l'ivrognerie après leur sortie de l'asile (1). Pour en diminuer le nombre, le directeur pense qu'il faudrait porter à six mois le minimum de séjour dans l'établissement. La plupart des rédicives proviennent de ce que les buveurs sortants rentrent dans leur ancien milieu, abandonnent l'abstinence totale et pensent qu'il leur sera facile de pratiquer la modération après quelques mois de cette abstinence Mais en fréquentant leurs anciens amis, ils retombent bientôt dans leurs anciennes habitudes et dans l'alcoolisme.

L'asile de Nüchtern lutte contre de grandes difficultés. Son premier directeur a démissionné après une année d'exercice. Un nouveau directeur est entré en fonctions le 16 mai 1892. C'est un agriculteur très compétent pour l'exploitation du domaine qui a été beaucoup agrandi l'année dernière, afin de procurer aux pensionnaires, la plupart gens de la campagne, les travaux auxquels ils sont habitués. Les travaux des champs sont en effet un puissant adjuvant dans le traitement des buveurs.

Les plus grandes difficultés proviennent du mélange des sexes dont la séparation ne peut pas se faire dans l'asile autant que cela serait nécessaire. Le contrôle sévère qui en résulte provoque des froissements et des méfiances.

Il faudrait une loi, non pas tant pour le placement des buveurs dans l'asile, mais pour les y maintenir assez longtemps. Le minimum normal devrait être d'une année entière.

(1) *Zweiter Bericht überidie bernische Trinkerheilstætte « Nüchtern » bei Kirchlindach* (2e Rapport pour l'année 1892) présenté à l'assemblée générale du 27 juin 1893, par le Dr S. Swab, président. Berne, 1893.

L'asile de Nüchtern n'est pas encore sorti de la période d'hésitation des débuts. Cependant, il est entre bonnes mains, sous une direction ferme et éclairée, et tout fait présager son développement progressif. Lorsque je visitai cet asile, le 13 mai 1984, il ne renfermait que six pensionnaires, Il nous a paru que l'emplacement n'aurait pu être mieux choisi, mais les préjugés de l'opinion publique sont peut-être le plus grand obstacle qu'il faille vaincre actuellement pour assurer le développement de l'asile bernois pour buveurs.

Ellikon an der Thur (canton de Zurich). — La fondation de l'asile pour buveurs dans le canton de Zurich est sortie de l'initiative de la Société de secours aux aliénés qui chargea, le 29 juin 1886, son comité de l'étude de la question. A l'occasion du Congrès international de Zurich contre l'abus des boissons alcooliques, présidé par M. le professeur A. Forel, une Commission restreinte fut nommée et les propositions définitives de la fondation de l'asile pour buveurs furent adoptées. L'ancien asile des vieillards d'Ellikon fut acheté dans ce but à des conditions très avantageuses. Une Société se forma à Zurich pour la guérison des buveurs .et le président de la section de tempérance de Neumunster, M. Bosshardt, fut nommé *Hausvater*, directeur du nouvel asile. L'asile devait être ouvert le 15 novembre 1888, mais malheureusement M. Bosshardt fut atteint d'une grave fièvre typhoïde, de sorte que les pensionnaires ne purent être reçus à l'asile que le 3 janvier 1889. En février suivant, les statuts de la Société furent adoptés définitivement et dès lors l'asile n'a cessé de se développer (1).

Chaque année, de nombreuses demandes sont faites, mais le nombre des admissions est limité. Ainsi :

En 1891	il y eut	151	demandes,	48	admis
1892	—	164	—	62	—
1893	—	234	—	80	—

(1) Voir les différents rapports annuels depuis 1889 et en particulier le cinquième pour l'année 1893. Zurich, 1884.

Voir aussi les publications du professeur Forel et du D[r] Tilkowski.

Je dois les rapports ainsi que beaucoup d'autres renseignements oraux ou écrits sur Ellikon à M. Bosshardt, que je suis heureux de remercier ici, ainsi que pour son aimable accueil à l'asile d'Ellikon.

et jusqu'au 16 mai 1894, jour où nous visitions l'asile, il y avait eu depuis le 1er janvier, 95 demandes, dont 33 admissions (pour 19 femmes 3 admises, pour 76 hommes 30 admis). J'eus le plaisir de me rendre à Ellikon avec M. le Dr Sérieux, délégué par le Conseil général de la Seine. Nous venions de Zurich où avait eu lieu la réunion annuelle des médecins aliénistes suisses. Au moment de notre visite à Ellikon, il y avait 37 buveurs dans l'asile, dont 4 femmes. Nous participâmes au déjeuner en commun, à 9 heures du matin, consistant en un bol d'excellent lait ou en une tasse de bon bouillon, à choix, avec du pain à discrétion.

Le mouvement des malades a été le suivant depuis l'origine de l'établissement d'Ellikon :

Années.	Admissions.	Sorties.
1889..........	41 (38 h., 3 f.)	24 (22 h., 2 f.)
1890..........	38 (34 h., 4 f.)	36 (34 h., 2 f.)
1891..........	48 (41 h., 7 f.)	46 (39 h., 7 f.)
1892..........	62 (57 h., 5 f.)	59 (54 h., 5 f.)
1893..........	80 (72 h., 8 f)	68 (61 h., 7 f.)

Quant aux résultats obtenus, une enquête a été faite cette année même (1894) par le directeur et a donné les chiffres suivants :

En 1889, 24 sorties, dont à soustraire
2 morts et 1 aliéné.............. .. = 3

Restent 21 cas, dont :

5 abstinents................	= 23,6 o/o
8 améliorés.................	= 38 o/o
4 rechutes................ } 4 sans nouvelles.......... }	= 38 o/o

En 1890, 36 sorties, dont à soustraire

2 aliénés........................ 2 admis deux fois................ 1 dément......................... 3 morts..........................	8

Restent 28 cas, dont

9 abstinents................	= 32,1 o/o
10 améliorés................	= 35,7 o/o
5 rechutes................ } 4 sans nouvelles.......... }	= 32,1 o/o

En 1891, 46 sorties, dont à soustraire

5 morts	= 7
2 aliénés	

Restent 39 cas, dont

14 abstinents	= 35,8 o/o
14 améliorés	= 35,8 o/o
7 rechutes	= 28,2 o/o
4 sans nouvelles	

En 1892, 54 sorties, dont

30 abstinents	= 55,5 o/o
15 améliorés	= 27,7 o/o
9 rechutes ou sans nouvelles.	= 16,6 o/o

En 1893, 68 sorties, dont

34 abstinents	= 57,6 o/o
15 améliorés	= 25,5 o/o
7 rechutes	= 16,9 o/o
3 sans nouvelles	

Dans tous les rapports, M. Bosshardt fait part de ses expériences et de ses observations sur les buveurs dans l'asile et sur le sort de ceux qui l'ont quitté. Tous promettent de rester abstinents à leur sortie, mais plusieurs recommencèrent bientôt à boire modérément et les récidivistes appartiennent tous à ces buveurs modérés. Beaucoup d'entre eux flottent longtemps entre l'excès et la modération et ne savent plus distinguer où commence l'excès. Ils sont déjà en pleine récidive qu'ils se considèrent toujours encore comme des tempérants.

Les résultats curatifs dépendent avant tout de la durée de l'abstinence Parmi les buveurs qui sont restés guéris il y en a 18 à 20 qui étaient considérés pendant les 3 à 4 premiers mois de leur séjour comme absolument incurables. S'ils étaient sortis à ce moment-là ils étaient perdus. Si l'on compte ceux qui sont restés de 4 à 12 mois, on trouve 71 o/o de guérisons ; ceux qui sont restés de 3 à 4 mois n'en fournissent que 33 o/o. Il faudrait adopter un minimum de six mois de séjour. Il est nécessaire que la cure réussisse du premier coup et pour toute la vie. A Ellikon, tous les cas qui ont dû faire une « cure de répétition » sont restés incurables.

Le directeur voue tous ses soins aux buveurs sortis de l'asile et, autant que possible, il les suit dans leur nouveau séjour, il

leur rend visite de temps en temps et les encourage à persévérer dans l'abstinence. M. Bosshardt affirme qu'il a toujours été bien accueilli partout, même chez les récidivistes. Le milieu dans lequel va se trouver le buveur au moment de sa sortie est souvent décisif pour son avenir. S'il n'est pas soutenu et réconforté par des amis tempérants, il risque grandement de retomber bientôt dans ses anciennes habitudes d'ivrognerie. M. Bosshardt en cite plusieurs exemples. C'est ici que l'on reconnaît la nécessité de l'œuvre des sociétés de tempérance. Partout où il existe des sections de la Croix-Bleue, le buveur sortant guéri est reçu avec joie au milieu d'elles et trouve dans leur sein les encouragements qui lui sont si nécessaires à ce moment critique de son existence. Si, au contraire, le malade est isolé dans son abstinence, il doit livrer chaque jour contre les suggestions de son entourage, dans sa propre famille et au dehors, une lutte incessante à laquelle la plupart finissent par succomber. Le directeur d'Ellikon, en visitant ses anciens malades et en restant en correspondance avec eux, a pu parfois intervenir à temps, dans des cas semblables, et sortir d'un mauvais milieu le buveur guéri avant sa rechute inévitable.

Un contrôle médical est exercé constamment sur la marche de l'asile d'Ellikon. Les médecins aliénistes du comité de direction visitent l'asile chaque mois alternativement et entretiennent des rapports étroits avec le directeur. Lors de notre passage à Ellikon, nous nous sommes trouvés avec M. le Dr Bleuler, médecin-directeur de Rheinau, qui procédait précisément à une tournée semblable. Cette inspection régulière de l'asile par des spécialistes offre les plus grands avantages. Elle permet de diriger en temps opportun sur les asiles d'aliénés les cas de psychoses alcooliques ou d'autres affections mentales qui peuvent se déclarer chez les pensionnaires et qui provoquent un trouble dans la vie de l'asile. Ce qui distingue, en effet, l'établissement d'Ellikon de ceux de Trélex ou de la Pilgerhütte, c'est que le règlement d'Ellikon interdit formellement l'entrée de l'asile aux aliénés, aux fous moraux, aux dégénérés avec des instincts pervertis ou criminels, aux alcooliques atteints de *delirium tremens* et aux ivrognes chroniques et incurables. Selon le professeur Forel, un asile pour la guérison des buveurs ne saurait avoir rien de commun ni avec

la maison de correction ni avec celle des aliénés. Le traitement curatif des buveurs est le pivot de toute son organisation et tout élément étranger à ce but doit en être strictement écarté.

Outre le directeur et l'économe il y a 6 employés dans l'asile : un valet de ferme, un jardinier, un infirmier, une cuisinière, une servante et une lessiveuse.

Un des éléments du succès de l'asile d'Ellikon c'est la surveillance incessante qui s'exerce sur les buveurs, non-seulement par le personnel, mais par les camarades plus avancées dans la guérison et par la population des villages environnants Le directeur a commencé par s'assurer, autant que possible, la coopération des aubergistes voisins, au nombre de trois, dont l'un est un fournisseur de l'asile. Un second est aussi patfaitement sûr et le troisième, quoique moins bien disposé que les autres, comprend cependant la responsabilité qu'il encourrait s'il favorisait l'intempérance des pensionnaires de l'asile. Aussi, depuis cinq ans, nous disait le directeur, deux malades seulement sont entrés à l'auberge pour y boire, dont l'un s'est enivré. Au début les voisins apportaient du cidre pour le vendre à ceux qui travaillaient aux champs ; mais il a été mis bon ordre à ces contraventions et on a réussi à faire cesser ces abus tout en évitant des conflits avec les habitants, ce qui est de grande importance pour la bonne marche de l'établissement.

Il y a deux catégories de malades à Ellikon ; ceux qui entrent volontairement et qui signent un engagement de rester 3 ou 4 mois au minimum dans l'établissement. Ce sont toujours les plus nombreux ; 2° ceux qui sont internés d'office contre leur volonté, soit parce qu'ils ont été placés sous tutelle, soit par la loi de Saint-Gall du 21 mai 1861, promulguée le 29 juin suivant, qui autorise les conseils communaux, sur le vu d'une déclaration médicale, à placer les ivrognes dans un asile pour buveurs. La durée du séjour sera de 9 à 18 mois la première fois, et en cas de récidive elle sera prolongée suivant les besoins du cas.

Le Dr Sonderegger, de Saint-Gall, a publié une étude fort intéressante sur les principes qui ont inspiré cette loi (1).

(1) *Bemerkungen zum Gesetze betreffend die Versorgung von Gewoh-*

La condition indispensable, dit-il, de guérison d'un buveur c'est une abstinence suffisamment prolongée et assurée par l'organisation d'un asile. Après quelques semaines de séjour, le malade se croit guéri. Il demande sa sortie et sa famille aussi, Mais le cerveau complètement « désalcoolisé » n'est pas propre à la liberté individuelle. Le malade rechute et les scènes recommencent. Il finit souvent par une catastrophe et entraîne les siens dans la ruine. L'État qui assiste indifférent à ces ruines paye alors cher sa négligence par la nécessité où il se trouve d'entretenir une nouvelle famille d'indigents. Le projet de loi du gouvernement de Saint Gall a pour but de prévenir ces malheurs en autorisant le placement de l'ivrogne assez tôt pour que la guérison soit possible.

Les meilleures lois sont impuissantes cependant si l'opinion publique n'en facilite pas l'exécution, et rien ne le démontre plus clairement que les placements faits par Ellikon au nom de cette loi. On supposait, au début, que l'asile serait progressivement rempli par les internés saint-gallois. Ce fut tout le contraire. Depuis l'application de la loi les placements venant de Saint-Gall ont diminué chaque année.

En 1891 : 14; en 1892 : 9; en 1893 : 4. M. Bosshardt en donne les raisons suivantes dans son dernier rapport. Il va sans dire que la loi est encore trop récente pour qu'on puisse formuler sur ses conséquences un jugement définitif. L'intention du législateur a été excellente mais il faudra bien des années pour qu'elle soit généralement comprise.

La loi prescrit l'internement forcé dans un but de *guérison*, tandis que ceux qui l'appliquent ne songent qu'à la *punition* des buveurs endurcis et incurables. La grande majorité des citoyens (et les buveurs eux-mêmes les tout premiers) considèrent l'asile comme une sorte de maison de correction et l'internement comme une pénalité. Le malade qui en sort porte une tare comme s'il venait d'un pénitencier. Voilà, on croirait se déshonorer, en demandant l'intervention de la loi pour un buveur qui consent à s'engager pour quatre mois. Il en résulte que les cas les plus favorables sortent prématurément de l'asile,

nheitstrinkern, von Dr Sonderegger (publié avec le projet de loi par la commission du Grand Conseil).

tandis que ceux placés sous le régime de la loi sont le plus souvent des ivrognes incorrigibles.

Jusqu'à la fin de 1893 il est sorti de l'asile d'Ellikon huit individus placés d'office d'après la loi de Saint-Gall (2 guéris, 1 amélioré, 3 rechutes, 1 non amélioré, 1 aliéné). Ce résultat est un insuccès pour un séjour de 9 à 12 mois et contribue à déconsidérer la loi.

Dans l'intérêt de l'asile et de la loi, remarque M. Bosshardt, il est nécessaire de distinguer avec plus de soin les cas et de placer av nt tout ceux qui répondent aux vœux du législateur et sont susceptibles de guérison. Il faudrait préciser d'avantage les instructions données aux médecins officiels et faire comprendre à l'opinion publique la nécessité de l'internement précoce des buveurs. A ces conditions la loi exercera certainement peu à peu un meilleur effet et l'internement forcé dans l'asile produira les bons résultats qu'on est en droit de lui demander (1).

Un fait qui nous a été signalé par le directeur et qui prouve à quel point les buveurs redoutent d'être enfermés par mesure législative dans l'asile d'Ellikon, c'est le suicide d'un malade placé sous le régime de la loi de Saint-Gall, qui s'était évadé de l'établissement et qui préféra mettre fin à ses jours plutôt que d'y être reconduit par la force.

Autres cantons. — Il se créera sous peu d'autres asiles pour buveurs en Suisse Dans plusieurs cantons déjà on étudie des projets sur le modèle de celui de d'Ellikon. A Neuchâtel il a été question de transformer en un asile semblable une maison de correction, le Devens, qui recevait un grand nombre d'ivrognes placés par les communes après jugement pour vagabondage, abandon de famille, etc. Mais sur un rapport de M, le Dr Châtelain, le gouvernement a renoncé à cette transformation. Voici la conclusion du rapport du Dr Châtelain (2): « Le meilleur serait peut-être de laisser aller au Devens les buveurs

(1) Voir *Die Errichtung von Trinker-Asylen und deren Einfügung in die Gesetzgebaung*, von prof. Dr Aug. Forel. Zurich, 1892.

(2) *Rapport au Grand Conseil de Neuchâtel sur l'exécution de la loi des communes pendant l'exercice 1893*. Neuchâtel, 1895. P. 38.

condamnés en vertu des dispositions du nouveau code pénal et de les y soumettre à l'abstinence forcée, puis de fonder pour les autres un asile spécial sur le modèle de celui d'Ellikon. La section neuchâteloise de la Société suisse contre l'alcoolisme qui est en voie de formation serait bien placée pour prendre la chose en mains. L'État en lui fournissant un subside annuel prélevé sur le 10 o/o de l'alcool lui donnerait un précieux appui matériel et moral tout en se conformant aux prescriptions de la Constitution fédérale. »

A Bâle la motion suivante a été déposée récemment au Grand Conseil par un député (1): « Le Conseil d'État est invité à présenter un rapport sur la question de savoir s'il n'est pas possible d'agir avec efficacité, par la voie légale, contre les maux sociaux si nombreux qui sont la suite de l'abus des boissons alcooliques. » La discussion de cette motion démontra la nécessité de la création d'un asile pour le traitement des buveurs et cette proposition fut acceptée à l'unanimité. Il est question d'organiser cet asile de sorte que d'autres cantons puisent aussi l'utiliser, moyennant le paiement d'une pension.

A Genève aussi la création d'un asile pour buveurs est à l'étude. La section genevoise de la ligue patriotique suisse contre l'alcoolisme s'occupe activement de cette question et comme corollaire obligatoire d'un projet de loi qui autorise l'internement forcé des buveurs (2). Une partie du 10 o/o du produit du monopole de l'alcool sera consacré à cette fondation.

Autres pays.

On voit donc par les développements qui précèdent que, s'il n'existe pas encore d'asiles publics pour buveurs fondés par l'État sur le continent européen, comme en Angleterre, en Amérique et en Australie, le moment de la création d'asiles semblables ne tardera pas à venir, car on étudie dans plusieurs pays, en France, en Autriche, en Suisse, des projets de fondation d'asiles pour buveurs. On trouve actuellement des asiles privés dans la plupart des pays européens. Il en existe deux en

(1) *Revue pénale suisse*, 7e année, 1er et 2e cahiers, 1894. H. 171.
(2) Voir le *Bulletin* de la ligue pour 1893. P. 6.

Norwège, un en Finlande (Turva), trois en Suède, un en Hollande (Hooghullen), une dizaine en Allemagne et quatre en Suisse, comme nous venons de le voir. Il est question d'en fonder aussi en Danemark et en Russie.

Selon l'estimation de Norman Kerr, il existe actuellement environ 150 asiles pour buveurs dans les divers pays du globe. Crothers n'en compte qu'une centaine dans le rapport qu'il a présenté aussi sur ce sujet dans le Congrès de Chicago. Ces asiles rencontrent partout de grands obstacles. Ils doivent constamment lutter contre les préjugés, les malentendus, les oppositions et la malveillance qui en entravent le développement et en arrêtent la propagation.

CONCLUSIONS

1. Dans la lutte contre l'alcoolisme il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat.

2. Parmi les moyens prophylactiques on devra donner tous ses soins à l'éducation de l'enfance, spécialement de l'enfance moralement et matériellement abandonnée, à l'amélioration du logement des ouvriers et à l'alimentation populaire, ainsi qu'à toutes les institutions destinées au développement matériel, moral et intellectuel des classes ouvrières (salles de lecture et de conférences, cuisines et cantines populaires, caisses d'épargne, cafés de tempérance, etc.).

3. Il faut s'efforcer de propager partout la fondation de sociétés de tempérance sans lesquelles les meilleures lois demeurent une lettre morte. Ces sociétés n'agissent pas seulement comme moyen préventif pour relever les buveurs et empêcher leurs rechutes, mais elles préparent l'opinion publique et rendent efficaces les mesures législatives dont elles prennent souvent l'initiative.

4. La législation pénale s'est montrée impuissante contre l'alcoolisme et jamais les pénalités, même les plus cruelles, n'ont pu guérir un ivrogne. L'accumulation des courtes peines qu'il est de mode d'appliquer aujourd'hui contre l'ivrognerie

dans certains pays, est particulièrement fâcheuse. D'autre part l'impunité, trop facilement admise pour les délinquants et les criminels alcooliques est un grand danger social et une véritable prime pour la perpétration de nouveaux crimes.

La législation pénale peut collaborer efficacement à la lutte contre l'alcoolisme :

1° En frappant la vente des spiritueux falsifiés et impurs ;

2° En punissant les aubergistes et les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients et qui donnent des spiritueux à boire à des mineurs. Tout individu qui a sciemment enivré une autre personne devrait être puni par la loi ;

3° En punissant l'ivresse publique. Mais cette punition ne s'est montrée efficace que dans les pays où des mesures énergiques de prévention la rendent rare et condamnable par l'opinion ;

4° En punissant plus sévèrement non-seulement les récidives mais surtout l'ivresse qui se produit en certains lieux (tribunal, église, assemblées publiques, etc.) ou pendant certaines occupations qui constituent un danger pour autrui ;

5° L'irresponsabilité médico-légale des délirants alcooliques doit entraîner leur internement d'office dans des établissements spéciaux dont ils ne pourront sortir qu'après guérison complète et lorsque toute crainte de rechute sera écartée. Ils y seront réintégrés à la première menace de récidive.

5. La déchéance de la puissance paternelle, l'interdiction des buveurs et leur mise sous curatelle sont des mesures efficaces et nécessaires, mais qui ne doivent généralement pas être prises avant le placement des ivrognes dans un asile destiné à leur traitement et à leur guérison.

6. La non-reconnaissance des dettes de cabaret est une mesure législative qui peut avoir une certaine efficacité, de même que l'interdiction de fréquenter les auberges (dans les campagnes et les petites villes).

7. Les taxes, impôts et accises sur les boissons n'ont par elles-mêmes aucune action sur la consommation des spiritueux. Elles ne deviennent utiles dans la lutte contre l'alcoolisme que si elles sont accompagnées d'autres mesures législatives appropriées et d'un dégrèvement correspondant des boissons dites hygiéniques (café, thé, chocolat, sucre, etc.). Le dé-

grèvement du vin et de la bière n'a aucun effet sur la fréquence de l'alcoolisme.

8. Le nombre des auberges ne peut être pris comme criterium de la consommation alcoolique dans un pays, et la réduction du nombre des debits n'a pas pour effet de diminuer parallèlement la consommation de l'eau-de-vie.

Toutefois la réduction du nombre des cabarets est une mesure qui s'impose, mais elle n'est efficace que si elle est poussée très loin et si elle est accompagnée d'autres mesures législatives restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux et, enfin, si l'opinion publique se prononce énergiquement en faveur de la tempérance.

9. Les systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen qui ont eu d'excellents effets dans les pays scandinaves ne rencontreraient pas toujours ailleurs les circonstances favorables qui en ont assuré le succès. Ces systèmes n'agissent qu'indirectement sur la diminution de l'alcoolisme qui ne peut être obtenue que par d'autres mesures restrictives concomitantes.

10. Le monopole de l'État a donné jusqu'ici de bons résultats en Suisse, en diminuant de 25 o/o la consommation de l'eau-de-vie et en assurant la purification des alcools. Ce système ne pourrait cependant pas être adopté partout avec les mêmes avantages car les circonstances politiques et économiques dans lesquelles se trouvent les divers pays influent grandement sur ses résulats.

Le monopole peut être établi sous trois formes distinctes qui peuvent être combinées entre elles :

Monopole de fabrication ;

Monopole de rectification ;

Monopole de vente.

Suivant les cas on pourra adopter l'un ou l'autre de ces monopoles ou les combiner deux à deux ou les trois ensemble. Jamais ils ne suffiront à eux seuls à la répression de l'alcoolisme.

11. Le système de la prohibition totale, nationale ou locale, d'origine américaine, a exercé parfois une heureuse influence dans plusieurs États de l'Union américaine, dans certaines localités de l'Angleterre, de la Hollande et des pays scandinaves. Les mœurs actuelles de la plupart des pays européens

rendent impossible chez eux l'application de ce système.

12. L'assistance des alcooliques réclame avant tout la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés et contribuent à les rendre incurables.

13. Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale. On y recevra les cas récents et curables. La loi devra accorder à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés, moyennant une déclaration médicale, pour une durée minimum de 6 mois et maximum de 2 ans.

14. L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer aussi bien que les pensionnaires.

15. A sa sortie de l'asile l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage de sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile.

16. Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants, ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes.

17. Il faut fonder des établissements spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

18. La fondation d'hospices spéciaux serait désirable pour le placement des ivrognes incurables qui sont par leur dissipation, leur immoralité et leur violence, un danger permanent pour leur famille et pour la société.

Discussion

M Vallon. — Je me déclare absolument partisan de la création d'un asile d'alcooliques : actuellement, en effet, les services d'aliénés du département de la Seine sont encombrés d'alcooliques dont les troubles mentaux ont déjà presque complètement disparu lorsqu'ils arrivent dans nos services et qu'on ne peut cependant renvoyer, parce que l'expérience nous a appris

que leur sortie sera presque immédiatement suivie de leur réintégration.

Il m'est arrivé souvent de demander la sortie de semblables alcooliques. Ils me sont revenus au bout de six à huit jours. De Villejuif à Paris ils s'arrêtent dans tous les cabarets ; ils arrivent à Paris ivres et délirants. On les mène au Dépôt ; comme il n'y a pas de place on les envoie à l'Asile clinique et de là à Villejuif. J'ai dans mon service un alcoolique qui y est entré vingt-sept fois, toujours dans les conditions que je viens de rapporter.

Je demande qu'un individu de cette sorte qui a démontré qu'il est incapable de vivre dans la société, qu'il est un danger pour elle, je demande qu'on l'enferme dans un asile spécial où la loi permettra de le garder (car actuellement aucune loi n'autorise à le séquestrer une fois le délire passé).

Un asile spécial pour alcooliques s'impose, on le voit. Mais il ne devra renfermer que des alcooliques qui seront soumis à un régime spécial, à l'abstinence absolue de l'alcool. Au Conseil général de la Seine on a voté la création d'un asile dans lequel cinq cents lits seront réservés aux alcooliques. Dans cet asile les services généraux seront communs C'est absolument comme si l'on ne faisait rien. Ces alcooliques continueront à boire et leur guérison ne sera jamais obtenue.

Encore une fois, ce qu'il faut, c'est un asile pour les seuls alcooliques. Quand cet établissement sera créé, nous ne recevrons plus dans nos asiles les ivrognes qu'on arrête tous les jours et qu'on nous envoie parce qu'on ne sait ou les mettre.

M. Legrain (de Ville-Evrard). — Le travail de M. Ladame indique nettement que si, dans tous les pays, la lutte contre le péril alcoolique est depuis longtemps dans sa phase d'activité, la France est restée en arrière sur les autres pays. Est-ce à dire que le danger soit moins pressant chez nous que partout ailleurs ? Nous qui sommes tous, et tous les jours, aux prises avec le mal, nous qui, mieux que personne, sommes placés pour en apprécier les conséquences sociales, nous ne pouvons être qu'unanimes à constater que l'alcoolisme étend de plus en plus ses ravages et que des mesures d'ordre prophylactique sont plus que jamais impérieuses. La vérité est que l'attention

des pouvoirs publics n'a pas encoré été suffisamment fixée sur ce point.

Un des points du mémoire de M. Ladame a particulièrement appelé mon attention parce qu'il a quelque caractère d'actualité, c'est celui qui a trait à la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques. Je désire présenter quelques remarques sur ce point.

La création d'asiles pour les buveurs est une question neuve en France. En 1889, le Congrès de médecine mentale de Paris s'en est occupé pour la première fois en votant un vœu tendant à cette création ; en 1892, le Conseil supérieur de l'Assistance publique à mis la question à l'étude. Dans l'ordre pratique le Conseil général de la Seine vient de décider la création d'un asile nouveau dans lequel 500 places seront réservées aux alcooliques.

Mais l'asile que l'on va créer pourra t-il être l'instrument tant désiré de traitement pour cette catégorie de malades ? Il est permis d'en douter.

S'il est, en effet, un principe reconnu indiscutable par tous les aliénistes, principe qui, on peut le dire, est pour eux un article de foi, c'est la nécessité rigoureuse d'isoler ces malades de toutes les autres catégories de malades aliénés. C'est là un fait acquis à l'expérience déjà très avancée de nos confrères étrangers et ce fait ne souffre guère de contradiction. Donc, pour tirer tout le parti désirable au point de vue curatif et prophylactique d'un établissement pour alcooliques, il est de toute nécessité que cet établissement ne renferme que des alcooliques. C'est dans un établissement spécial seul que l'on peut songer, entre autres choses, à prescrire le régime abstinent dans toute sa rigueur, régime qui est l'une des conditions les plus rationnelles du traitement.

Or, que doit être l'asile nouveau dont il est question ? Il doit comporter 1,200 lits dont 700 seront consacrés à de jeunes aliéniés de toutes catégories et 500 aux alcooliques. Ce serait donc un asile mixte. Eh bien, je dis que le traitement des alcooliques dans cet asile suivant les méthodes préconisées dans les établissements spéciaux ne sera qu'une chimère. Le résultat poursuivi par le Conseil général et qui consiste à traiter les buveurs en les soumettant à un entraînement

en rapport avec les idées nouvelles ne sera pas atteint.

Tel est le premier point que je désirais examiner. Il en est un autre plus important et d'une portée tout à fait générale.

La séquestration des alcooliques dans un établissement spécial soulève un problème législatif grave dont la solution doit absolument précéder l'organisation même de ces établissements nouveaux, sous peine de les rendre inutiles. Le traitement des buveurs d'habitude (c'est de ceux-là seuls qu'il est question et c'est à eux seuls que convient un établissement spécial) comporte deux problèmes à résoudre : un problème thérapeutique et un problème prophylactique. L'asile de traitement, en même temps qu'il met à la disposition d'un médecin tous les moyens curatifs possibles, doit être une sauvegarde pour la société qui redoute avec juste raison le retour dans son sein d'êtres particulièrement nuisibles. Le côté social de la question n'est pas le moins important à considérer. Que se passe-t-il à l'heure actuelle ? Vous savez que le propre des accidents alcooliques est d'être essentiellement éphémères. L'alcoolique guérit vite, sinon de son appétence pour les liqueurs fortes, tout au moins des troubles morbides qui ont nécessité sont internement. Une fois guéri, il récupère ses droits à la liberté et, de fait, rien ne peut plus le retenir à l'asile. Il sort, ne tarde pas à recommencer ses excès et revient à l'asile peu de temps après, non sans avoir fait courir quelque risque ou causé quelque dommage à la société.

Le côté social de la question a vivement préoccupé les étrangers et vous savez que les alcooliques séquestrés dans les asiles spéciaux peuvent, en général, y être retenus un certain temps après guérison jusqu'à ce qu'ils inspirent une confiance suffisante pour que leur mise en liberté puisse être risquée. Les étrangers ont donc résolu la difficulté, grâce à une mesure restrictive de la liberté du citoyen, mais ils n'ont pas hésité à sacrifier l'interêt de la collectivité. C'est là une mesure sage, prudente, à laquelle on ne peut que souscrire. C'est grâce à elle seule, vous le concevez, que les établissements consacrés à la cure de l'ivrognerie peuvent rendre des services.

Or, chez nous, rien de tel n'est possible encore, grâce à l'insuffisance de notre loi sur les aliénés. Il est inutile d'insister longuement pour démontrer la nécessité de dispositions légales

analogues à celles qui sont en usage à l'étranger, si nous voulons rendre viables les asiles nouveaux dont nous rêvons la création. Permettre au récidiviste de l'ivrognerie de retourner dans la société, dans les conditions où il peut y retourner actuellement, c'est vouloir stériliser avant la lettre l'œuvre de progrès que doivent réaliser les asiles spéciaux pour alcooliques.

Mais, dans quelles conditions pratiques peut s'exercer cette restriction de la liberté ? Il s'agit, dans l'espèce, de priver de la liberté temporairement des individus dangereux parce qu'ils ont une fâcheuse tendance, démontrée par de nombreuses séquestrations antérieures, à récidiver dans l'ivrognerie, et constituent par conséquent une menace de danger continuel pour la sécurité publique. Il me semble bien impossible de confier une pareille responsabilité, qui n'a presque plus rien de médical, au médecin seul. S'il appartient toujours au médecin de surveiller le malade, de l'améliorer moralement à partir du jour où les accidents d'alcoolisme ont disparu, c'est à la justice seule qu'il appartient de prononcer la prolongation du traitement par mesure de prudence. Si l'intervention de la magistrature doit être vigoureusement repoussée, au nom même de notre dignité professionnelle, dans le placement des aliénés, on n'en peut dire autant de son intervention à propos de leur sortie et surtout de la sortie des ivrognes séquestrés dans les asiles spéciaux.

Je tire des indications précédentes une double conclusion :

Il est nécessaire de maintenir séquestrés certains ivrognes dans des conditions à déterminer ;

2° Il est clair que cette maintenue ne peut être autorisée dans l'état actuel de notre législation.

Notre devoir est, il me semble, de fournir des indications au législateur appelé à reviser la loi de 1838 afin que, dès le lendemain de la promulgation de la nouvelle loi, le fonctionnement de nos asiles d'ivrognes devienne d'ores et déjà efficace.

Je propose en conséquence à l'adoption du Congrès les vœux suivants :

1° Que les ivrognes soient traités dans des asiles spéciaux ;

2° Qu'ils puissent être maintenus dans ces asiles tant que leur libération peut faire craindre des récidives ;

3° Qu'il soit fait dans la loi sur les aliénés une distinction entre les maisons de traitement pour les aliénés et les établissements destinés à la cure de l'ivrognerie :

4° Enfin, que cette même loi comporte un dispositif spécial à l'égard des ivrognes, permettant de sauvegarder la sécurité publique tout en assurant leur traitement rationnel.

M. Deschamps, conseiller général de la Seine, demande au Congrès un *programme* à suivre pour l'édification prochaine de l'asile spécial, dont il a fait voter le principe et les fonds d'établissement sur le vaste domaine de Ville-Évrard. On peut ramener à cinq les questions qu'il pose : 1° Doit on construire un asile d'alcooliques dans le département de la Seine ? 2° Si l'édification de cet asile doit être différente de celle des autres asiles d'aliénés, est-il possible au Congrès de soumettre un programme dont s'inspireront les architectes décidés à concourir ? 3° Les services généraux peuvent-ils convenir à la fois à un asile d'aliénés (femmes) et à un asile spécial d'alcooliques (hommes) ? 4° Quelle est la catégorie d'aliénés qu'il conviendrait d'interner dans cet asile spécial ? 5° Croit-on qu'il sera facile au département d'utiliser les cinq cents places de l'asile d'alcooliques ?

M. A. Voisin (de Paris) distingue les ivrognes occasionnels et les ivrognes de profession. Suivant lui, c'est à ceux-ci qu'on devrait réserver l'asile qui serait doté d'un quartier de cellules pour les ivrognes qui auraient un accès de délire. Il y aurait des quartiers de plus en plus grands pour les malades tranquilles. Le travail à air libre ne serait permis qu'aux alcooliques à peu près guéris.

M. Bourneville. — Tout de suite je dois déclarer, pour qu'il n'y ait pas de doute sur mon opinion, que je voterai les conclusions qui terminent le remarquable rapport de notre collègue, M. Ladame, concernant la création d'*asiles spéciaux* pour le *traitement de l'ivrognerie*. Ceci dit, j'aborde les questions soulevées par M. Deschamps. Ma tâche se trouve d'ailleurs singulièrement facilitée par les observations présentées par MM. Vallon, Legrain et A. Voisin M. Deschamps a fait allusion au programme que j'ai été chargé d'élaborer pour être discuté par la Commission de surveillance des asiles de

la Seine et relatif à la construction d'un cinquième *asile d'aliénés*.

On ne croyait pas, a-t-il dit, qu'il fallait un programme spécial pour la construction d'un asile d'alcooliques. On pensait que c'était la même chose qu'un asile d'aliénés. Cette erreur, un peu étrange, a été partagée par l'Administration. En effet, à la séance du 19 juillet de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, l'Administration, après avoir rappelé le vote du Conseil général sur la création et la mise au concours d'un *asile d'alcooliques*, annonçait qu'elle avait décidé de remettre aux architectes concurrents la partie adoptée de mon rapport sur le cinquième asile d'aliénés. Nous avons fait remarquer que ce rapport avait trait à un asile d'*aliénés* et non à un établissement d'*alcooliques* sur lequel la Commission n'avait pas été consultée. Du reste, n'ayant pas étudié la question de l'organisation d'un établissement pour les alcooliques — et qu'entend-on par là ? — je ne me sentais pas en mesure, quant à présent, de tracer un programme quelconque. Notre rapport, ajoutions-nous, ne peut être donné qu'à titre de renseignement. La discussion s'est terminée par un vote déclarant que la Commission de surveillance dégageait sa responsabilité relativement à la création d'un asile d'alcooliques.

En l'absence d'un programme administratif, et du titre que portent les affiches : construction d'*un asile d'aliénés*, les architectes se trouvent dans un grand embarras. M. Deschamps, qui les y a mis, vient nous demander de les en tirer, en traçant ici, séance tenante, le programme que n'ont donné ni lui, ni le Conseil général, ni l'Administration, d'un *asile d'alcooliques*. Déjà, les précédents orateurs ont démontré les inconvénients de l'adjonction d'un *asile d'ivrognes* à côté d'un *asile d'aliénés*. Il s'agit là, en effet, d'un établissement hybride.

M. Deschamps a cru aussi utile de demander au Congrès ce qu'il faut entendre par *alcooliques*. C'est là une question qui aurait dû être préalablement tranchée. Nous l'avons déjà posée à l'Administration, qui n'a pas répondu, et pour cause.

Selon nous, les *alcooliques* pourraient être ainsi classés : Il y a : 1° les *ivrognes*, les uns accidentellement, les autres de profession ; — 2° ensuite les *alcooliques* délirants (aliénés) à

l'état subaigu, aigu ou suraigu ; — 3o enfin les aliénés dont les diverses formes mentales ont pu être occasionnées par des excès alcooliques.

Est-ce à toutes ces catégories qu'est destiné le futur asile, ou n'est-ce qu'aux *ivrognes* ? Le programme est tout à fait différent suivant les cas.

Vous demandez si vos deux asiles — celui des hommes *alcooliques* (?) et celui des *femmes aliénées* peuvent avoir des services généraux communs. On vous a dit qu'un asile d'ivrognes devait avoir une discipline toute particulière; qu'une surveillance constante devait s'opposer à l'introduction des boissons alcooliques. Or, avec des services généraux communs à chaque instant vous courrez le risque de voir la surveillance déjouée et votre traitement compromis. D'où la nécessité d'avoir un asile distinct pour vos *alcooliques* ou vos *ivrognes*. Et puis la contiguïté de votre asile de *femmes aliénées* avec un hôpital d'*hommes ivrognes* ne constitue-t-elle pas, au point de vue moral, une situation pénible pour vos malades aliénées et pour leurs familles ? Votre conception ne constitue pas un progrès.

Vous avez réclamé, dites-vous, une enquête auprès des médecins pour savoir quelle était la proportion des malades qu'on pourrait retirer des anciens asiles pour les mettre dans l'asile des alcooliques. M. Deny vous a répondu cinq, M. Charpentier soixante-quinze. Leurs services étant semblables, la divergence des réponses tient à ce que l'un vous a donné le chiffre des ivrognes professionnels qui, de temps en temps, ont des accidents d'alcoolisme qui les font interner comme aliénés, tandis que l'autre a compris dans sa statistique les aliénés chez lesquels l'alcoolisme a joué un rôle dans la production de l'aliénation mentale. Or, à notre avis, les délirants alcooliques constituent un groupe de *malades aliénés* dont la place est dans les asiles ordinaires. A plus forte raison en est-il de même des autres aliénés à excès alcooliques. Si vous les placez dans votre futur asile, il devient alors un véritable asile d'aliénés.

Nous estimons que les malades *aliénés* doivent passer avant les *ivrognes*. Que c'est à faire face à ces besoins du service des aliénés qu'il faut d'abord consacrer les ressources

disponibles. Or, sur vos 12 à 13,000 aliénés, 6,000 seulement à peine sont hospitalisés dans les asiles de la Seine. Les autres sont exilés, loin de leurs parents, loin de leurs amis — ce qui est inhumain — dans les asiles des départements, où ils prennent la place des malades de ces départements, qu'on transforme en incurables, qu'on n'hospitalise pas parce qu'ils coûtent, tandis que les nôtres rapportent. Ce qu'il faut, en premier lieu, c'est réaliser, en le mettant à la hauteur des besoins nouveaux, le programme indiqué il y a une trentaine d'années.

En ce qui concerne les *ivrognes*, espèce particulière de malades, vous n'avez pas le droit de les interner ; ils ne rentrent pas dans les formes habituelles, classiques de l'aliénation mentale. Il vous faut donc, avant de créer un asile pour eux, obtenir une *loi* qui vous permette de les hospitaliser, de les interner, de les traiter, de les maintenir malgré eux. C'est par là qu'il faut commencer. Vous verrez ensuite à manifester pour eux vos bonnes intentions et à leur construire des asiles spéciaux.

M. Joffroy. — Je suis d'avis qu'il y a utilité à créer un asile spécial pour les alcooliques, et cela pour plusieurs raisons, dont je ne citerai qu'une seule.

Comment traite-t-on les malades intoxiqués par la morphine ? Par la suppression du poison. Eh! bien les alcooliques sont des intoxiqués au même titre que les morphinomanes ; il convient donc de procéder à leur égard comme on le fait avec ces derniers, c'est-à-dire de leur supprimer l'alcool.

Or, pour débarrasser un morphinomane de ses habitudes morphiniques, il faut recourir à l'internement dans un asile; le même procédé doit être mis en usage pour les alcooliques. Ainsi se trouve justifiée la création d'un asile spécial.

Maintenant quels sont les alcooliques qu'on devra placer dans cet asile spécial ? Nous savons qu'il y a une quantité d'individus qui sont des sujets prédisposés, chez qui l'alcool joue le rôle de cause occasionnelle pour déterminer l'apparition de troubles mentaux passagers. C'est surtout pour les malades de cette catégorie que l'asile spécial me semble présenter une grande utilité.

Un second point sur lequel je désire m'arrêter un instant est relatif à la construction et à l'organisation intérieure de cet asile. On dit que l'asile d'alcooliques comprendra un quartier réservé exclusivement à ces derniers et un autre quartier où seront traités des aliénés ordinaires. De plus, il y aura des services généraux communs aux deux sections. A cette organisation, je vois de sérieux inconvénients. Que se passera-t-il en effet? Ce qui arrive dans beaucoup d'asiles et, en particulier, à Sainte-Anne où j'ai mon service. Le médecin prescrit l'abstinence aux alcooliques; mais, au bout de quelques jours, ils sont employés à différents travaux dans l'intérieur de l'établissement et la récompense que l'administration accorde aux travailleurs consiste précisément dans une ration supplémentaire de vin. D'autre part, les travailleurs se trouvent en contact dans les ateliers avec des ouvriers du dehors qui procurent les boissons alcooliques les plus variées à leurs compagnons de travail, quand ce n'est pas le chef d'atelier lui-même qui se charge de les approvisionner d'alcool.

Je crois donc qu'il y a intérêt à ne pas établir de services généraux communs au quartier d'alcooliques et au quartier affecté aux aliénés ordinaires, pour ne pas voir survenir dans l'asile spécial les faits qui se produisent actuellement dans nos asiles et qui sont un obstacle sérieux au traitement des alcooliques.

En troisième lieu, je dirai quelques mots au sujet de la progression constante de l'alcoolisme en France. A quoi tient cette progression? Tout d'abord à ce qu'on boit maintenant plus d'alcool qu'autrefois et cela dans des proportions extraordinaires. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les statistiques dressées par l'administration et relatives à la consommation de l'alcool. Celles-ci démontrent que la progression est constante et va en s'accentuant de jour en jour Laissez-moi, à ce propos, vous citer quelques chiffres. A Paris la consommation moyenne d'alcool absolu par habitant, pendant l'année 1893, a été de 7 litres environ. A Caen et à Rouen, elle est d'un peu plus de 15 litres et à Cherbourg elle atteint 18 litres. Il s'agit là d'alcool absolu et pour avoir la quantité d'alcool consommé par chaque habitant sous forme d'eau-de-vie, il convient de doubler au moins les chiffres précédents. En outre, il ne faut pas oublier

que cette statistique, basée sur des chiffres relatifs à la consommation de l'alcool soumis aux droits, ne tient pas compte de l'alcool introduit en fraude, lequel entre cependant pour une large part dans la consommation.

Parallèlement à l'accroissement de la consommation de l'alcool, se manifeste une augmentation dans le nombre des cas de folie alcoolique, et la fraude n'est pas étrangère à la recrudescence de l'alcoolisme. Nous savons que l'alcool exerce sur l'organisme une action d'autant plus délétère qu'il est moins pur et c'est surtout sur la qualité de l'alcool que s'exerce la fraude. De ce fait, le danger se trouve donc encore accru.

Que pourrait-on faire, en face de cette situation, pour parer, dans une certaine mesure, aux dangers qu'elle présente? Demander aux buveurs de restreindre leurs excès de boisson, c'est une éventualité sur laquelle il n'est pas permis de fonder de sérieuses espérances. Il n'est pas possible non plus de leur demander de ne boire que des alcools de bonne qualité, en raison du prix élevé de ceux-ci. Mais un vœu qu'on peut formuler, c'est de demander à l'État de surveiller la fabrication des alcools et de n'autoriser la vente que d'alcools complètement rectifiés. Pour réaliser ce desideratum, il conviendrait d'établir le monopole de l'alcool, l'État pourrait ainsi exercer un contrôle plus effectif sur sa fabrication. Par conséquent, création du monopole de l'alcool et surveillance de sa rectification, voilà des réformes que, dans un intérêt social, nous avons le devoir de réclamer.

M. Deny (de Paris) fait remarquer que si, conformément à l'opinion exprimée par M. Joffroy, on place dans l'asile d'alcooliques tous les prédisposés qui présentent des troubles mentaux, à la suite d'excès de boisson, cet asile spécial sera rapidement envahi par des aliénés ordinaires et ne répondra plus à sa véritable destination.

M. Joffroy réplique que son intention n'a jamais été de confondre les délirants systématisés avec accidents alcooliques surajoutés, par exemple, avec les prédisposés qui ont un délire relevant manifestement de l'intoxication par l'alcool et susceptible de guérir par la suppression de l'agent toxique.

M. Doutrebente (de Blois) manifeste quelques craintes au sujet de la qualité de l'alcool qui serait livré à la consommation si l'État en monopolisait la fabrication.

M. Joffroy répond qu'on n'a qu'à se reporter aux expériences réalisées à l'étranger et qui ont été exposées dans le rapport de M. Alglave. Celles-ci paraissent avoir donné en Suisse, par exemple, d'excellents résultats, et l'on peut espérer qu'en France il en serait de même.

Le congrès charge MM. Ladame et Legrain de lui soumettre les conclusions définitives au début de la prochaine séance, fixée au lendemain, mercredi, à 2 h. 1/2. — La séance est levée à 5 heures et rendez-vous est donné pour le lendemain à 9 heures à l'asile privée de Sainte-Marie.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION RELATIVES AUX ALCOOLIQUES

Séance du 8 Août (soir)

PRÉSIDENCE DE M. PIERRET

(Suite de la discussion)

Après lecture du procès-verbal, M. Ladame propose au Congrès d'émettre les vœux ci-après :

1° *Que des asiles spéciaux soient fondés pour le traitement des buveurs ;*

2° *Que des mesures spéciales soient prises à l'égard des buveurs d'habitude qui constituent un véritable danger pour la société.*

MM. Giraud, Charpentier prennent la parole sur le sujet ainsi que le Dr Bourneville qui propose de voter d'abord sur la question de principe de séquestration et de la nécessité d'une loi. Sans une loi qui autorise l'internement des ivrognes, il est parfaitement inutile de créer un asile pour eux.

L'ordre est interverti, la première question passe au deuxième rang. La discussion d'hier recommence et MM. Legrain, Vallon et Charpentier présentent des observations sur les mots *ivrognerie* et *alcoolique.*

M. Bourneville dit que ce sont les buveurs incorrigibles, dits ivrognes de profession, dangereux pour l'ordre public, qui sont d'abord l'objet principal du rapport de M. Ladame, ce qu'on semble oublier ; c'est de l'assistance des *ivrognes* qu'il s'agit et non de celle des alcooliques aliénés ou des aliénés par alcoolisme.

M. Deschamps, qui se rend compte de la faute commise par le Conseil général, demande au Congrès d'émettre le vœu qu'une commission administrative spéciale soit nommée pour étudier le programme d'un *asile d'acooliques.*

M. Vallon demande simplement le désencombrement de son service ; il voudrait un violon, une *garderie* pour les ivrognes qu'on arrête et qui, le lendemain, sont guéris.

M Deschamps. — Si vous attendez une loi, vous attendrez bien dix ans ; je viens vous offrir l'application de vos désirs, le moyen de désencombrer vos asiles. Au Conseil général de la Seine, nous demandons des conseils, tout en vous offrant 500 places nouvelles pour des alcooliques. Dans notre zèle, nous avons peut-être le tort de marcher trop vite ; mais cependant il y a lieu de prendre une décision.

M. Bourneville fait observer que le moment n'est guère propice à la nomination d'une commission — non par le Congrès mais par l'administration de la Seine ; que l'élaboration du programme demandé exigera des recherches et du temps ; que les architectes concurrents sont à l'œuvre et doivent remettre leurs projets, quels qu'ils soient, à la fin de novembre ; que le Congrès n'a pas à s'immiscer dans les questions particulières — ce qui aurait assurément de graves inconvénients — mais à traiter des questions générales intéressant tous les pays.

M. Brissaud trouve dangereux d'engager la responsabilité du Congrès.

M. Joffroy propose un troisième vœu, devant lequel M. Deschamps retire le sien. Ce vœu est ainsi conçu : *que les médecins aliénistes soient consultés pour la construction d'un asile pour les alcooliques.* — Ce vœu est adopté.

M. Charpentier. — La santé physique et intellectuelle est très compatible avec l'abstinence totale des boissons alcooliques.

La débilité physique et mentale facilite les effets nuisibles des boissons alcooliques, directs ou consécutifs.

La misère, les chagrins, les émotions pénibles, produisent ou aggravent la débilité physique et mentale.

Le vice engendre, entretient, aggrave la misère, les chagrins, la disposition à l'émotivité.

C'est donc le vice qu'il faut tout d'abord combattre si l'on veut combattre les causes de l'alcoolisme, puisque ces causes sont le résultat du vice.

Le vice se combat : 1° par la suppression des mauvais

exemples ; 2° par l'établissement d'une saine morale et par une répression juste et non arbitraire.

L'alcoolisme cérébral sans vices, sans misère, sans chagrin, est rare en dehors de l'alcoolisme par abus thérapeutique. Ces trois causes peuvent agir isolément; elles peuvent être réunies, ce qui est plus fréquent ; il faut cependant tenir compte des alcooliques par misère et par chagrin, sans intervention du vice et ne pas les confondre au point de vue du traitement hospitalier avec les vicieux. Le moyen d'appréciation le plus pratique, le moins embarrassant pour apprécier cette division des alcooliques est la constatation du délit et la nature du caractère ; un établissement spécial ou une section spéciale doit être réservé aux alcooliques délinquants ; un autre pour les alcooliques cérébraux sans délits.

Dans toute agglomération d'alcooliques vicieux, délinquants, la multiplicité des arrestations, des inculpations, des condamnations devient pour ceux-ci, vis-à-vis de leurs compagnons d'asile, un titre de gloire, une raison de forfanterie, un moyen puissant d'ascendant ; pour de tels sujets, une section spéciale avec cellules d'isolement et une discipline rigoureuse, mais justement appliquée, est d'une nécessité absolue. L'irritation de ces sujets contre la société, leur mépris pour toutes ses institutions leur font rapidement prendre en haine toute autorité et cette haine se traduit rapidement par des rébellions, pour peu qu'une main ferme cesse de s'y opposer ; en cas de séparation des alcooliques vicieux et non vicieux, c'est la nature du délit, le nombre des délits, la manière de se comporter des vicieux, qui constatent les motifs de répartition.

L'alcoolisme cérébral sans vice, par misère ou par chagrin, guérira promptement ; son séjour à l'asile sera peu prolongé. la rechute sera peu à craindre, à une condition, c'est qu'il puisse ou veuille être confié à une Société de patronage fonctionnant réellement, pratiquement, utilement et non sur des prospectus, des papiers, ou à l'état de projets et de commissions d'enterrement.

Toute Société de patronage doit être surtout composée de personnes capables d'employer ces sujets à la sortie des asiles, car les personnes occupées de politique trouveront toujours qu'il y a des améliorations sociales bien plus importantes que

celles qui consistent à s'occuper d'alcooliques guéris. Les Sociétés religieuses seront toujours entraînées à faire des sélections qui empêcheront la généralisation du patronage.

Autre chose est de s'occuper d'organiser des Sociétés de patronage, de recueillir des fonds pour faire vivre de telles Sociétés, d'organiser des loteries des tombola, des conférences, des bals ; autre chose est de patronner, c'est de recevoir les alcooliques à leur sortie, dans des locaux, des ateliers et de leur procurer les moyens de revivre en société. Les organisateurs de Sociétés pullulent à notre époque ; les autres, les vrais patrons, existent malheureusement à l'état idéal — *rara avis*.

Isolement des alcooliques vicieux délinquants et des autres alcooliques, et fondation de sociétés de patronage, telles sont donc les deux conditions *sine quâ non* qu'il importe de considérer dans la création d'asiles ou de quartiers spéciaux pour la guérison des alcooliques cérébraux.

Y a-t-il lieu de créer des asiles spéciaux ? La réponse ne peut être affirmative que si le nombre des alcooliques cérébraux curables le réclame et si mon chiffre de 70 que M. Deschamps a opposé au chiffre de 7 de mon collègue Deny comprend tous les vices alcooliques y compris les incurables et les décédés. Y a-t-il lieu d'introduire une modification à la législation ? Je ne le crois pas, car ou ces sujets sont des aliénés et la loi de 1838 a prévu leur séjour et les conditions de leur sortie, ou ils n'ont plus de troubles mentaux et aucune loi ne doit leur être appliquée pour un état mental non constaté, et une tendance à la rechute ne peut être déduite que d'un trouble mental.

Y a-t-il un traitement médical ? La suppression de toute boisson alcoolique est le seul traitement fondamental ; la thérapeutique ne peut intervenir que s'il y a des résidus pathologiques de l'alcoolisme ou des maladies intercurrentes. Le travail est nécessaire, mais à la condition que l'administration de l'hôpital ait le grand souci d'empêcher toute introduction de boisson alcoolique, ce qu'elle pourra toujours obtenir si on la rend indépendante contre les accusations fausses des séquestrés et de leurs parents irrités de cette suppression de l'alcool, source, d'après eux, de la santé.

Avant de terminer, permettez-moi, Messieurs, de revenir sur une variété d'alcooliques plus particuliers au département de la Seine et auxquels M. Vallon a fait allusion. Ce sont des sujets qui, lorsqu'ils arrivent dans mon service, ne présentent plus aucun trouble mental. Ma conduite diffère un peu de celle de M. Mallon, cependant le résultat est le même. Je les déclare non aliénés, je propose leur sortie immédiate ; malgré mon certificat, ils continuent à rester dans mon service, à moins que l'Administration de la Préfecture de police n'envoie une autorisation de sortir. A l'égard de ces sujets, il est utile de fixer l'attention sur l'influence qu'exerce l'émotion sur l'ivresse en cas d'arrestation. L'arrestation, le bref examen au commissariat de police, l'incarcération qui, parfois, dégrise et calme certains, produit sur d'autres un effet opposé, les irrite davantage, les trouble, augmente leur fureur qui devient telle qu'à l'examen au dépôt, le médecin est obligé, par mesure de précaution, et faute de locaux appropriés à un séjour plus prolongé, de les considérer comme atteints d'une forme d'alcoolisme cérébral.

Toutes les considérations qui précèdent doivent être limitées aux alcooliques cérébraux qui sont des malades ; elles ne sont pas applicables aux ivrognes lorsque ceux-ci, et c'est le plus grand nombre, sont des vicieux exempts de maladie cérébrale.

M. Aug. Voisin (de Paris). — L'asile parisien pour les alcooliques doit être réservé aux ivrognes de profession ou d'habitude ; les gens atteints d'ivresse passagère délirante doivent être placés, ainsi que l'a proposé M. Vallon, dans une sorte de *violon médical*, placé dans les dépendances de la Préfecture de police ; ce ne serait qu'après deux ou trois arrestations pour ivresse que ces individus seraient considérés comme ivrognes de profession et envoyés dans l'asile dont il est question.

Cet asile devrait être construit d'une façon spéciale.

Il aurait une administration et des services généraux absolument autochtones. Les employés, les serviteurs seraient strictement et sévèrement surveillés pour empêcher l'entrée de l'alcool dans l'établissement.

La construction devrait, à mon avis, comprendre un cer-

tain nombre de cellules, de petits quartiers, des quartiers de plus en plus grands avec des terrains de culture, des ateliers, de façon que ces malades soient habitués peu à peu et progressivement à reprendre leur vie extérieure et rentrer dans la société.

Quant au maintien de ces individus dans cet asile, il ne peut l'être qu'en vertu d'une loi qu'il faut demander à la Commission parlementaire qui s'occupe de la révision de la loi de 1838.

L'individu, en effet, qui sera placé dans cet asile, ne pourrait pas y être maintenu après l'élimination de l'alcool ; chacun de nous sait l'impossibilité de résister aux demandes de sortie de ces ivrognes de profession.

Une loi s'impose, loi semblable à celles qui ont été promulguées en Angleterre, en Amérique et en Suisse, qui permette au médecin de maintenir ces individus dans l'asile pendant au moins un an.

M. Rouby (de Dôle). — De l'Alcoolisme en France et en Algérie

Le vin est nécessaire aux enfants pour leur donner des forces, tel est l'aphorisme que nous entendons tous les jours. Si, en se fondant sur lui, dans certaines familles on ne sait donner aux enfants, comme boisson, que de l'eau coupée avec du vin, dans d'autres on ne craint pas de leur donner du vin pur. Mieux encore, dans l'est de la France, soit chez les cultivateurs, soit chez les ouvriers occupés dans les usines, j'ai vu bien souvent des parents faire boire dans leur verre quelque peu d'eau-de-vie à de tout jeunes enfants, et laisser leurs adolescents en boire comme eux par petits verres.

Un jeune ouvrier de la campagne, malade du reste pour excès d'alcool, me disait que, dès l'âge de sept ans, il buvait l'eau-de-vie dans un grand verre, un et deux doigts d'abord, actuellement le double; tous ses camarades faisaient de même. Dans un bourg frontière de l'Alsace, étant dans le cabaret du lieu, je vis, à ma grande stupéfaction, trois enfants se faire servir une tournée de marc; leur tête ne dépassait pas le rebord du

comptoir. J'appelai l'hôtelier pour lui demander des explications : Ce sont des enfants travaillant dans une importante fabrique, me dit-il, presque tous les apprentis viennent ainsi boire la goutte au moins une fois par jour, soit seuls, soit avec leur père ou d'autres ouvriers ; c'est l'usage ; ils travaillent fort, me disait l'homme ; ils ont besoin d'être soutenus. Une autre fois, un soir d'hiver, j'entrai dans la maison d'un riche paysan de la Franche-Comté ; dans son village n'habitent que des cultivateurs ; quatre familles étaient réunies pour passer la veillée ; les pères de famille jouaient aux cartes ; un litre d'eau-de-vie était l'enjeu ; celui qui gagnait avait droit à une verrée, dont il distribuait le reste à sa progéniture qui se le disputait violemment. Je fis la remarque qu'on abrutissait ces enfants ; on me répondit qu'au contraire, on allait en faire — je dis leur mot — de « crânes bougres ». Tous ces gens-là sont persuadés que la force de l'eau-de-vie et la force de l'homme sont des forces identiques, et que l'une peut remplacer ou compléter l'autre. Je dois dire qu'autrefois, dans nos campagnes de l'Est, l'usage du vin était très répandu l'usage de l'acool, très peu ; les mauvaises récoltes en faisant le vin cher, les fabrications artificielles, en le faisant mauvais, ont changé les habitudes du pays ; ceux qui ont pris goût à l'eau-de-vie ne reviendront pas au vin, à moins de procédés violents pour les en détacher.

Il ressort de ce que je viens de dire, et d'autres faits observés par moi, que la plupart des Français n'ont pas la première notion de ce qu'est l'alcool, et du danger que l'on court en en prenant l'habitude.

Comme prophylaxie, il semble donc qu'une première chose à faire, soit d'enseigner dans les écoles primaires les dangers de l'eau-de-vie, en en faisant aux élèves des peintures effrayantes ; puis de faire apprendre par cœur aux enfants quelque chose comme une fable, pour imprimer dans leurs petites têtes que l'eau est la boisson par excellence, que l'eau n'est pas nuisible, que l'eau pure est meilleure au corps que l'eau coupée avec le vin, que le vin pur et les liqueurs sont des poisons. Ils emporteraient ces maximes dans leurs familles, et combattraient ainsi les préjugés des parents « que l'eau-de-vie donne des forces ». — Plus tard, lorsqu'ils verraient se détraquer et périr misérablement autour d'eux quelques buveurs de profession,

ils se rendraient compte qu'à l'école on avait raison de leur dire que le vin n'est pas nécessaire à la vie. Comme exemple de la bonté de l'eau et de l'inutilité, sinon de la nocuité du vin dans l'éducation des enfants, permettez-moi de vous citer un exemple tiré de mon expérience personnelle, et de vous montrer un résultat qui me touche de près : depuis leur naissance, ou plutôt depuis leur sevrage, j'ai élevé mes trois enfants en leur supprimant complètement le vin et toute boisson alcoolique, en ne leur donnant que de l'eau comme boisson. Ils se sont toujours très bien trouvés de ce régime, et certainement ils sont d'une vigueur égale ou supérieure à celle des jeunes gens de leur âge. Mon plus jeune fils, que quelques-uns de vous ont pu voir ici, est superbe de santé. Il n'a jamais été malade sérieusement ; même pour les maladies de l'enfance, rougeole, scarlatine, coqueluche, il s'est à peine alité.

Cet exemple peut prouver que les enfants non buveurs de vin peuvent grandir, devenir forts, supporter les maladies gaillardement, aussi bien que les buveure de vin. Il est vrai de dire que mes enfants ont été élevés à la campagne. Peut-être, dira-t-on, que, dans les villes, le problême n'est pas le même, et qu'une petite quantité de vin agissant comme tonique, est nécessaire pour élever les enfants. C'est une question à étudier, d'autres apporteront le résultat de leur expérience à ce sujet.

De la France permettez-moi, Messieurs, de vous conduire en Algérie, et de vous dire quelques mots de l'alcoolisme dans ce pays. Je n'ai passé que quelques mois encore dans notre colonie, je n'ai pu encore étudier à fond la question, je n'ai pas eu de statistiques entre les mains, en sorte que ce n'est un travail ni complet, ni incomplet, que je vous donne ; ce sont plutôt, si vous le voulez bien, comme des notes et des impressions de voyage.

J'ai constaté deux faits ;

1° Les Arabes ne boivent que de l'eau.

2° Les colons boivent tous de l'absinthe et de l'alcool.

Je dis que les Arabes ne boivent que de l'eau ; il y a quelques exceptions à la règle ; mais ces exceptions sont si rares, qu'il faut les négliger et laisser ma proposition entière. J'occupe depuis six mois des ouvriers arabes et Kabyles dans différents métiers et surtout dans des métiers qui exigent le déploiement

d'un grand effort musculaire, tels que terrassiers, aides-maçons etc., je n'en ai jamais vu aucun boire du vin, de l'alcool, ou quelque autre liqueur fermentée, je leur en ai offert, en les priant d'en boire, pour m'être agréable, pour ne pas me faire une impolitesse ; ils ont toujours refusé, refus catégorique, partant d'une conviction profonde : « Dieu le défend ». J'ai parcouru plusieurs fois les grandes voies qui coupent les quartiers arabes de la ville haute, ces rues pleines de cafés, cabarets, débits de boisson de toute espèce, de toute religion, où toute la population arabe grouille vers le soir ; je n'ai jamais vu un Arabe boire du vin ou des liqueurs ; ce n'est que dans les quartiers européens, que l'on voit, principalement sur le port, des portefaix de race mahométane, entraînés par des camarades de travail dans quelque cabaret où il boit absinthe et liqueurs, se griser se se faire ramassser par la police. On peut compter à Alger les Arabes qui boivent du vin ou des liqueurs ; c'est une minorité... Ils boivent en très grande quantité, au contraire, du café et du thé. On peut dire que, depuis longtemps, chez les Arabes sont établis les cafés de tempérance que M. Ladame voudrait voir établis en France et dans toute l'Europe et, si pour diminuer la consommation des boissons alcooliques, il ne suffit pas d'en interdire l'usage, mais s'il faut les remplacer par des boissons saines à bon marché, la chose est toute faite en Algérie : moyennant cinq centimes, on vous offre, dans les cafés arabes, de l'excellent thé et de l'excellent café : il suffirait que ce dernier fût filtré, pour que tout soit parfait.

Ma seconde proposition : « Les colons boivent tous de l'absinthe et de l'alcool » demanderait à être étudiée de près et soigneusement analysée. Il y a d'abord de nombreuses exceptions, et parmi celles-ci, je suis heureux de dire que le corps médical de l'Algérie, non seulement par ses préceptes, mais encore par son exemple, fait une guerre ouverte à l'alcoolisme et se désespère des progrès du mal. Pour le reste, je crois n'être pas loin de la vérité en disant qu'un quart de la population est atteinte de dipsomanie, sous l'influence de l'absinthe, de l'anisette algérienne, du mastic et autres liqueurs créées pour des bouches qui ne redouteraient pas l'alcool à brûler ; un autre quart, sans être encore dipsomane, boit plus que de

raison. Reste, pour sauver la situation, une moitié de la population qui use modérément d'absinthe, d'alcool et de vin. C'est dans cette moitié, je dois le dire, que se trouvent plutôt les gens des hautes classes, tandis que les alcooliques se recrutent dans les basses classes de la société ; mais là de nombreuses exceptions sont aussi à noter.

De la constatation de ce fait, les Arabes sobres, les colons alcooliques, nous pouvons tirer, Messieurs, des conclusions sociales et politiques, et montrer quel danger court notre colonie algérienne, si un remède énergique ne vient pas guérir le mal. Lorsqu'on a habité quelque temps l'Algérie, lors même qu'on y est arrivé arabophile, si on regarde autour de soi, si on cause avec les divers habitants, si on étudie de près les choses, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'au point de vue de la colonisation française, il faut soutenir le colon, le fortifier, l'aider, parce qu'en lui réside l'avenir de l'Algérie française. Au contraire, pour l'Arabe, on ne tarde pas à le reconnaître, il ne sera jamais Français, il faudrait le convertir ; or, pas un Arabe depuis la conquête n'a changé de religion. Ils regardent la religion de Mahomet comme supérieure à celle du Christ ; et comme je causais avec un cadi, homme instruit, de la Trinité et de la vierge Marie, je le vis rire aux larmes de nos trois Dieux, disait-il, et de l'idée qu'Allah pouvait avoir une mère. Au point de vue religieux, ils regardent avec pitié le chrétien allant dans une église faire ses dévotions devant les statues des saints, comme le chrétien s'amuse en voyant le nègre devant des fétiches. L'Arabe ne change donc pas sa religion pour une autre qu'il méprise. Or, Mahomet leur commande de traiter en ennemi tout ce qui n'est pas musulman ; comme ils ont une foi ardente, ils nous regardent comme des ennemis ; s'ils courbent la tête, c'est qu'ils nous sentent forts ; ils attendent une occasion favorable pour reprendre leur pays ; ils le feraient demain, comme ils l'ont essayé en 1870, s'ils avaient quelque chance de vaincre. Ce sont des ennemis et, de plus, ils sont six fois plus nombreux que les colons.

En sorte que, des deux éléments, colons, Arabes, qui se trouvent en présence, l'un qui devrait disparaître et laisser la place aux autres, les arabes buveurs d'eau conservent toute leur force physique, sont grands reproducteurs et restent en

face de nous sans être entamés, tandis que l'autre élément, les colons qui devraient durer, rester forts, proliférer, s'empoisonnent par l'absinthe et les alcools, se dégradent, s'affaiblissent, font des enfants dégénérés, et s'éteignent à la troisième ou quatrième génération. S'il ne restait pas pour sauver la situation, le tiers de la population, qui ne boit pas trop, et l'émigration incessante des pays voisins qui apporte un sang nouveau en même temps qu'elle comble les vides, l'Algérie pourrait revenir sans combats à ses anciens maîtres, les vainqueurs disparaissant plus rapidement par l'alcoolisme que s'ils étaient tués à coups de fusil.

C'est l'envers de ce qui se produit dans d'autres parties de l'Afrique où l'Européen apportant l'alcool aux naturels du pays, ceux-ci s'alcoolisent, deviennent abrutis et, rapidement, disparaissent sous l'influence du poison, laissant la place libre à l'élément européen.

Il y a donc un danger, un grave danger pour notre colonie; il faut trouver des moyens, pour sauver les colons de cet empoisonnement que l'on voudrait appeler lent, mais qui est rapide malheureusement.

Ce danger se trouve augmenté, et la prophylaxie du mal empêchée par l'immense production du vin en Algérie, qui fait qu'en ce moment il est vendu un sou le litre dans les comptoirs des marchands de vin au détail, qui fait aussi que les propriétaires, ne pouvant pas se débarrasser de leur vin, distillent des quantités énormes d'eau-de-vie. En sorte que cette année il arrive ceci: les vins ne se vendant plus en Europe, surchargée elle-même de produits vinicoles; les Arabes formant la population la plus nombreuse ne buvant pas de vins, reste un million d'individus, au plus, obligés d'acheter ce qui pourrait abreuver 30 millions d'hommes en vins et en alcool. C'est comme une inondation, dans laquelle toute une population est plongée jusqu'au cou; pour s'alcooliser, il suffit d'ouvrir la bouche et de boire. Mais (il y a un mais), l'abondance du vin ne restreint en rien l'usage de l'alcool. — Parce que ceux qui sont accoutumés à des liquides forts ne reviennent pas à des boissons plus faibles- Que faire ? — Quel moyen prophylactique employer pour arrêter et guérir complètement ce grand mal ? Deux moyens seuls,

me direz-vous, mais combien radicaux : suspendre les plantations de vignes ; supprimer la vente des liquides alcooliques. Cela n'est pas possible.

Ce qui est possible, pour le moment, c'est une large publicité à faire, comme en France, dans les écoles qui existent maintenant un peu partout, pour raconter les méfaits de l'alcoolisme aux enfants, qui seront, dans leurs familles. les apôtres dans la guerre à l'alcoolisme.

Au sujet du rapport des alcooliques arabes et européens en Algérie, un de mes chers collègues me fait l'objection suivante : étant interne à l'asile d'Aix, qui reçoit les aliénés du département d'Alger, il a vu un grand nombre d'arabes alcooliques et il croit se souvenir que la proportion était à peu près la même entre les algériens et les mahométans.

Nous avons demandé, par dépêche, à M. le Directeur de l'asile d'Aix combien, depuis le 1er janvier de cette année, jusqu'au 31 juillet, il avait reçu d'une part d'alcoolisés arabes, d'autre part d'alcoolisés chrétiens.

Il nous a été répondu qu'il était entré dans les sept premiers mois de cette année trois arabes et quatorze colons alcooliques.

Or la population de l'Algérie est d'environ 3,800.000 ; les musulmans sont au nombre de 3.200.000 ; les chrétiens au nombre de 600.000 mille. Si nous établissons un rapport en tenant compte de ces divers chiffres nous voyons qu'il faut compter non pas trois arabes sur quatorze alcoolisés, mais trois arabes sur quatre-vingt-huit colons, un sur vingt-neuf ; un seul musulman devient alcoolique lorsque presque trente chrétiens le sont.

Les chiffres confirment donc ma supposition et montrent que j'avais raison de signaler le danger pour la colonie.

Revenons aux alcooliques de France et voyons si nous ne pouvons pas obtenir leur guérison complète, ou du moins des rechutes beaucoup moins précipitées, en fondant en Algérie des établissements privés et publics, non pour les tenir enfermés, mais pour les traiter en liberté sans qu'ils aient la possibilité de se livrer à leur vice, et sans qu'ils aient lieu de se plaindre d'être internés.

Auparavant, laissez-moi vous lire deux observations typiques, qui vous rappelleront tous les alcooliques que vous avez

eus entre les mains, et qui sont intéressantes au point de vue de l'hérédité ; j'ose à peine dire que ce sont des dégénérés, après la discussion d'hier ; au point de vue de leur démêlés avec la justice, ces deux observations sont intéressantes également.

ALCOOLISME CHEZ UN HÉRÉDITAIRE.

M. X..., 47 ans, propriétaire

Antécédents héréditaires. — Le père, propriétaire, cultivateur, président du conseil général de son département, goutteux, meurt à 67 ans, d'accidents cardiaques ; non alcoolique. — La mère vit encore ; après la mort de son mari, elle est restée dix ans lypémaniaque : refus d'aliments, idées de suicide, etc. Elle a été surveillée à domicile par une gardienne. Actuellement, elle est guérie. — Grand'mère maternelle, morte lypémaniaque dans une maison de santé. — Un oncle paternel, mort de phthisie laryngée. — Cousin germain, du côté paternel. atteint de paraplégie, datant de la naissance.

Antécédents personnels.—Rien de particulier pendant l'enfance ; est soldat pendant la guerre de 1870. Plus tard, il a rempli plusieurs emplois à l'étranger. Il y a pris des habitudes d'alcoolisme et surtout d'absinthisme.

Les premiers effets de cet alcoolisme datent de plusieurs années. Le malade, depuis longtemps, se dit hypochondriaque, avec des idées de suicide, des besoins de voyager, des ennuis exagérés.

Mais des faits surviennent d'une gravité particulière : sous l'influence de l'alcool, est né le délire de persécutions contre toutes les personnes de son entourage, délire qui ne cesse plus et qui prend des formes dangereuses après chaque excès.

Voici quelques-uns des principaux faits. Un jour, il escalade le mur de la propriété d'une de ses tantes et lui assène sur la figure un coup de poing formidable qui lui luxe la mâchoire. Le choc est si violent que sa victime, en tombant, se fait une fracture du bras : il la laisse évanouie sur le carreau. —Arrêté par la police, conduit à la prison, il y passe quinze jours en prévention ; lorqu'il est appelé devant le Tribunal, la période aiguë est passée, l'excitation est tombée, la raison est revenue. Vainement, l'avocat plaide l'irresponsabilité, et demande que M. X.,. soit interné dans un asile comme aliéné ; devant les réponses nettes et lucides du malade, devant l'opposition qu'il fait lui-même, prétendant que sa tante l'a

injurié, il induit en erreur le Tribunal sur son état mental, et il se voit condamné à cinq jours de prison et à l'amende, comme ayant toute la responsabilité de son acte.

Dans cette période de temps, c'était, dit le malade, l'époque des combats homériques ; plusieurs fois par semaine des faits graves surviennent, et personne n'est à l'abri, autour de lui, de ses actes de violence. Alors une séparation judiciaire de corps et de biens a lieu avec sa femme ; il quitte le pays et, pendant neuf années, il vit au loin, sans que nous connaissions les actes produits par le développement de la maladie. — Nous savons seulement que, le jour de la mort de Gambetta, se trouvant en présence d'un fonctionnaire qui manifeste sa joie, il le renverse d'un coup de poing violent, s'enfuit et regagne la France, s'inquiétant peu d'une condamnation à trois ans de forteresse. Peut-être, dira-t-on, que, dans la circonstance, c'était un acte d'alcoolisme patriotique. Il est rentré, depuis cinq ans bientôt, dans sa famille. Il a continué à boire, non pas seulement comme il le dit, 3 litres de bière par jour, et 25 centilitres de vin blanc le matin, mais en très grande quantité de l'absinthe, du vin et de la bière, de façon à être ramassé plusieurs fois par semaine ivre-mort. C'est alors, lorsqu'il se réveille, que les crises de folie furieuse éclatent, avec impulsion homicide. — Un jour, il se précipite sur son fils, prétendant que celui-ci l'a injurié ; il le frappe à coups de poing, de façon à le tuer ; sa femme s'est précipitée sur lui, tâche d'arrêter ses coups ; sanglante, les vêtements en lambeaux, frappée cruellement elle-même, elle est obligée de lâcher prise, et M. X... prenant son fils, étourdi de ses coups, le lance contre une cloison. — Une autre fois, il quitte ses chaussures et, sans bruit, le couteau ouvert, il entre subitement dans la chambre où il sait trouver son beau-père, et se précipite sur lui pour le tuer. Une tierce personne l'arrête un moment, le vieillard a le temps de saisir une fourche et de se protéger, des voisins accourent et empêchent ce forcené de commettre un crime. — Plusieurs fois, il menace sa femme et ses enfants de son couteau, qu'il ouvre devant eux en leur disant qu'ils finiront par passer par ses mains.

Son délire de persécution se porte aussi sur les habitants du voisinage ; il leur envoie, des cafés où il séjourne le plus souvent, des personnes chargées de les avertir qu'il se dispose à les tuer. Il menace le maire, l'injurie vivement, *parce que celui-ci le regarde d'un drôle d'air et se moque de lui.*

Des *idées de grandeur* accompagnent son délire. M. X.... se croit sur le point de passer lieutenant-colonel de la territoriale ;

quelquefois il en donne l'assurance; d'autres fois il en parle sous forme dubitative. Dans ces derniers temps, il se présente comme candidat au conseil d'arrondissement, quand même il n'a aucune chance de passer.

Il a intenté à sa femme un procès; il écrit au président du tribunal qu'il ne veut plus recevoir de papier timbré, et que c'est lui-même qui a le pouvoir de prononcer son divorce. Autrefois il a acheté une maison, qu'il croyait être une maison de jardinier, et qui se trouve être une scierie, dont il a été obligé de se défaire au bout de quelques semaines, avec une perte de quelques milliers de francs.

De nouveau il achète une maison dont il n'a que faire, et quitte femme et enfants pour venir l'habiter; là il se livre à tous les excès alcooliques et, comme résultat, devient bientôt la terreur du pays tout entier. Des plaintes ont lieu, une enquête est faite. Pour éviter un internement d'office, ce dangereux malade est placé dans notre établissement.

Seconde Observation

M. Y...., marchand de vins, 41 ans. — *Antécédents héréditaires.* — Un oncle maternel idiot est mort dans un asile; une tante avait des névralgies continuelles; la mère était méchante, emportée, avare, mais saine d'esprit. Aucune tare dans la ligne paternelle.

Antécédents personnels. — Rien à noter pendant l'enfance et la jeunesse; malheureusement pour lui, à 31 ans, il entreprend un commerce de vin, et prend l'habitude de boire; il augmente progressivement la dose; dans les derniers temps il pouvait absorber six litres de vin, un litre d'eau-de-vie, et trois ou quatre absinthes. A 35 ans, commencent des attaques épileptiformes ; il a, le même jour, deux attaques complètes; elles sont suivies de loin en loin d'attaques semblables. C'est après ces crises que se produisent les accès aigüs pendant lesquels M. Y.... devient un être des plus dangereux. L'attaque parfois est incomplète. M. Y.... alors devient pâle, grince des dents, il se raidit, serre les poings; quelquefois aussi l'attaque ne se produit pas, et l'accès de fureur commence subitement, sans être précédé de symptômes convulsifs. Citons quelques faits : Un jour il se met à crier, court à son fusil et tire sur sa femme, qui monte l'escalier, un coup de feu qui enlève une partie de la rampe. Une autre fois, à la suite d'une crise, il lacère avec son couteau son linge et ses vêtements qu'il met en

pièce avec rage. Un autre jour il casse toutes les vitres de la maison, il se précipite sur sa mère, cherche à l'étrangler, et produit une scène épouvantable de cris et de luttes entre lui et les personnes présentes, qui cherchent à maintenir ce forcené. Une autre fois, c'est contre sa petite fille qu'éclate sa fureur ; il la frappe et la jette violemment à terre. Le curé d'un village devient le nouveau but de son délire de persécution ; un jour il le rencontre dans la rue, lui déchire et lui arrache sa soutane. Il finit par en vouloir à tous les habitants et, une belle fois il se prit à se promener dans le village pendant une heure en tirant des coups de fusil, jusqu'à épuisement de cartouches, contre des ennemis imaginaires qu'il croit voir autour de lui. Tous les habitants se sont enfermés dans leurs maisons, torrorisés.

Ces faits, jusqu'à présent, chose étonnante, n'avaient donné lieu à aucune plainte, tant est grande l'endurance à la campagne, on excusait les méfaits en disant que M. Y.... était ivre ; la famille était quitte pour payer les pots cassés. On attendait sans doute pour l'interner que quelques personnes fussent elles-mêmes endommagées.

Enfin, un dernier fait grave s'est produit ; pendant une crise ce malade attaque son meilleur ami, un parent alcoolique, comme lui, avec lequel bien souvent il a festoyé ; il l'accuse de déshonorer le pays par ses habitudes d'ivresse et sa mauvaise tenue. Il n'y a eu ni querelle, ni dispute, ni défense ; l'attaque s'est faite sans bruit. M. Y.... entre chez son ami, et le frappe à grands coups de bâton ; il le laisse sur le carreau, couvert de contusions des pieds à la tête, et avec un poignet luxé. Puis, l'excitation venue, poussant des cris, il s'arme d'un sabre et à grands pas il va à un village voisin où sa femme s'est réfugiée ; il veut la tuer, il le crie aux passants qu'il rencontre. Trouvant la grille de la maison fermée, il tâche avec son sabre d'atteindre les personnes qui parlementent avec lui et essaient de le calmer. Des gendarmes le poursuivent ; on a beaucoup de peine à s'en rendre maître ; on le conduit en prison, où il reste quelques jours en prévention. Un médecin de la ville, non aliéniste, désigné pour l'examiner, le trouve calme et raisonnant. Sans s'inquiéter de l'hérédité, des accès épileptiques précédents, de la genèse des accès de fureur, il conclut dans son rapport à l'entière responsabilité, accusant l'ivresse seule d'être la cause des coups et blessures dont l'inculpé doit répondre devant le tribunal. Une condamnation à un mois de prison est prononcée ; c'est le déshonneur pour la famille et les enfants de ce malheureux.

Après sa sortie de prison il fut conduit à Paris pour suivre un traitement.

Le docteur Gilles de la Tourette fut consulté, on ne lui parla pas de la condamnation à la prison; j'ai eu sa consultation entre les mains; il conseille l'internement dans une maison de santé pendant quelques mois. Donc, pour lui comme pour moi, la responsabilité de M. Y.... n'était pas entière, et c'est par l'asile et non par la prison qu'on devait maintenir loin de la société ce malade qui avait besoin d'être soigné et guéri et non puni et déshonoré.

Ces faits se sont passés il y a quelques mois à peine; M. Y.... a été interné pendant trois mois, en acceptant lui-même sa privation de liberté; avec les deux mois de prison et un mois de surveillance dans sa famille, cela nous fait presque six mois pendant lesquels M. Y.... a été privé d'alcool et d'absinthe. Mais nous savons que, depuis quelques semaines, ce malade recommence à boire et que la dypsomanie est revenu complète; nous allons donc voir les mêmes faits se renouveler si l'internement n'a pas lieu à bref délai. Pour être plus libre M. Y.... a quitté sa famille et le voisinage du tribunal où il a été condamné.

Nous voici donc en présence de deux malades (il y en a de centaines dans le même cas) qui sont dangereux en état d'alcoolisme, qui restent trois mois au plus dans une maison de santé ou un asile, qui réclament leur mise en liberté devant les Chambres du conseil des tribunaux, lorsqu'on ne les relâche pas, et qui s'ils l'obtiennent, quinze jours après sont de nouveau dangereux. Avant d'être internés de nouveau ils ont le temps de commettre tous les crimes possibles contre les propriétés et les personnes. Internement, guérison, mise en liberté, etc, etc., cela peut se continuer indéfiniment.

Il y a dix ans j'eus un malade dans ces conditions : il était entré dans mon établissement de Dôle et sorti dix fois. Dans une de ses dernières périodes de liberté, il avait tout brisé dans un cabaret, lorsqu'il eut l'idée, pour éviter d'être interné de nouveau, de prendre chemin de fer et paquebot, et de se livrer à sa passion favorite, sans crainte d'en être dérangé, en Algérie dans la province de Constantine. Mais il arriva que son argent fut vite épuisé, et que ses parents, ne voulant pas le voir revenir, payèrent sa pension directement à des tiers

qui eurent intérêt à le garder. On ne lui prêta pas d'argent pour le retour, il n'en avait pas pour acheter des boissons, en sorte qu'il devint sage par la force des choses, et qu'il n'eut plus les grandes crises d'alcoolisme qu'il avait autrefois. Il y est encore. Cet exemple m'a donné l'idée de créer, dans la maison de santé que je viens de fonder près d'Alger, un pavillon particulier pour les alcooliques incorrigibles. Ils sont en liberté, ils n'ont d'argent ni pour acheter des boissons ni pour faire le voyage de France.

J'ai eu un malade dans ces conditions, mais l'alcoolisme, chez lui, se compliquait de phtisie; boire lui avait fait oublier de manger. Cela n'a pas mal été pendant plusieurs mois; il buvait peu de vin pendant les repas et s'en contentait. Sa mort ne m'a pas permis une observation suffisante; j'aurais voulu un autre résultat au point de vue du traitement de l'alcoolisme par l'abstinence, le malade restant en liberté.

Un fait contraire à celui-ci s'est passé, il y a cinq mois; on nous amena un alcoolique bruyant, avec idées de grandeur, dans une maison d'Alger « *de la vallée des Consuls* ». Nous crûmes à de la paralysie générale tant les symptômes des grandeurs étaient marqués et persistants.

Le malade guérit complètement. Au lieu de le renvoyer dans sa famille à Alger, où il aurait retrouvé toutes les causes d'une rechute, il fut conduit en France; il se trouve chez des parents où il restera plusieurs mois privé d'argent et dans l'impossibilité d'acheter des liquides alcooliques.

Il ressort de ces faits qu'il peut être utile d'exiler certains alcooliques, à rechutes fréquentes, dangereux pendant la période d'ivresse, et qu'on ne peut conserver assez longtemps dans les asiles de France soumis à la loi de 1830

En effet, pour obtenir une guérison vraie, il faut garder les ivrognes à rechutes pendant six mois au moins, pendant deux ans au plus, en les privant absolument de boissons spiritueuses. Enfermés, ces malades ne tardent pas à recouvrer leur raison et, deux mois après une entrée, ils demandent leur sortie qu'on ne peut leur refuser, bien qu'on sache qu'ils ne sont pas guéris de leur vice et qu'ils vont, le lendemain, se livrer à leur déplorable passion : *mala lex sed lex*.

L'hôpital d'alcoolisés dont les fonds ont été votés par le

conseil général de la Seine, et que l'on veut bâtir à Ville-Evrard est une idée très heureuse, à cause du but qu'on veut atteindre ; notre devoir, à nous médecins aliénistes, est de l'encourager de toutes nos forces ; mais on va se buter à un obstacle, la loi de 1838. Il faudra demander aux pouvoirs publics, un article additionnel concernant les ivrognes, si la magistrature ne veut pas comprendre qu'elle doit aider le médecin à traiter les alcoolisés en les maintenant jusqu'à la guérison de leur dypsomanie, c'est-à-dire jusqu'à la guérison vraie.

Sans parler davantage de ma maison de santé et des alcooliques riches, peut-être la ville de Paris pourrait-elle créer en Algérie, pour les alcooliques indigents, sur un terrain cultivable, mais très éloigné des villes, un vaste hôpital d'alcoolisés, *sans murs* autour de l'établissement, c'est-à-dire dans lequel, les malades ne seraient pas privés de leur liberté, dans lequel par conséquent, il n'y aurait pas lieu d'appliquer l'article de la loi de 1838. Les ivrognes n'ayant pas l'argent nécessaire, et éprouvant, par l'éloignement des lieux habités, la plus grande difficulté de se procurer de l'alcool et du vin, en seraient réduits à l'abstinence forcée sans que la loi soit tournée ni violée.

L'éloignement, pour la création d'un hôpital de ce genre, est loin d'être un obstacle sérieux. Le conseil général de la Seine n'a-t-il pas créé, au centre de la France, à Dun-sur-Auron pour ses aliénés en liberté, à Berck-sur-Mer pour ses scrofuleux, et enfin au centre même de l'Algérie une colonie agricole pour les enfants orphelins ou moralement abandonnés ?

Ville-Evrard pour le traitement des ivrognes en liberté est un grand progrès, l'asile de notre colonie pourrait être un progrès plus grand encore.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Séance du 10 Août (matin)

PRÉSIDENCE DE M. RITTI

M. SAMUEL GARNIER (de Dijon). — LA RÉDACTION DE L'ARTICLE 44 DU PROJET DE RÉVISION DE LA LOI DE 1838, PROPOSÉ PAR M. E. LAFONT, RAPPORTEUR DE LA COMMISSION LÉGISLATIVE ACTUELLE, ET LES RETRAITES DU CORPS MÉDICAL ALIÉNISTE.

Je viens encore une fois, dussé-je vous paraître en proie à une idée fixe, vousconvier à quitter les sereines hauteurs de la science dont ce Congrès est la manifestation continue et puissante, pour aborder le terrain trop négligé de nos intérêts matériels.

Je me suis déjà fait, auprès de vous, le champion de cette idée que si nos traitements d'activité et nos pensions étaient centralisés entre les mains de l'État, selon les dispositions favorables à la spécialité, d'un article 45 du projet de révision de la loi sur les aliénés, voté jadis par le Sénat, il fallait nécessairement remanier, en conséquence, les traitements fixés par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876 et créer une classe exceptionnelle de 9000 francs. Un vœu dans ce sens a été déposé à votre première session de Rouen, puis, après l'avoir complété, à celle de Blois. Je ne puis que vous renvoyer à mes communications de l'époque pour vous convaincre à nouveau du bien fondé de mes propositions d'alors, et de la parfaite équité de leurs dispositions. Mais il paraît qu'il y a

loin de la coupe aux lèvres et si, nous appuyant sur le rôle du Sénat, nous pouvions espérer voir enfin notre situation à tous, au point de vue des retraites, améliorée et nettement consolidée, voici que les dispositions de l'article 44 du nouveau projet de la Commission législative actuelle remettent tout en question, en voulant nous ramener au *statu quo* dont nos devanciers ont eu à souffrir dans le passé et dont nous continuerions à pâtir dans l'avenir.

Avant que le projet de loi ne vienne en discussion à la Chambre, il est bon de faire entendre nos justes doléances et un congrès étant une occasion impersonnelle de leur donner une force indiscutable, je devais revenir sur une question capitale pour nous.

Je vous rappellerai très brièvement que la nouvelle rédaction proposée à la sanction de la Chambre, par le rapporteur de sa commission spéciale, modifie, du tout au tout, le texte voté par le Sénat, qui faisait payer par l'État les traitements et les pensions de retraite des médecins. Les dispositions essentielles du futur article 44 mettent, au contraire, à la charge des départements, en leur donnant un caractère d'obligation incompatible avec les pouvoirs légaux des conseils généraux en matière de finances, les traitements des médecins fonctionnaires et les associent corrélativement, pour leurs pensions de retraite, aux charges et bénéfices des caisses de retraites départementales. Or, là est toute l'erreur, qui raye d'un trait de plume les dispositions bienveillantes de l'ancien article 45 du texte sénatorial. Ce dernier nous permettait d'espérer de plus une modification, désirable à tous les points de vue, de l'instabilité de nos retraites et le relèvement du taux alloué par la loi de 1853, sur les pensions civiles. Nous devons donc revendiquer le maintien, en son entier, du texte du Sénat, puisqu'il supprime le *statu quo* désastreux de notre situation présente et d'après lequel, ici, nous n'avons pas droit à une retraite (Orne, Côte-d'Or), là, nous lui voyons subir des différences considérables qui tiennent aux faveurs plus ou moins grandes de telle ou telle caisse départementale ; tantôt, enfin, nos veuves sont obligées de lutter contre le mauvais vouloir d'un conseil général qui, au fur et à mesure d'une demande de liquidation de leurs droits à une pension, cherche à s'exo-

nérer de cette charge, ou même à la réduire pour l'avenir.

J'ai, du reste, à vous citer un fait tout récent et très topique. Lors du décès de notre regretté collègue Rousseau, d'Auxerre, à soixante ans d'âge, avec vingt-neuf ans de services, sa veuve a dû, pendant deux ans, revendiquer ses droits à une pension, devant la juridiction du Conseil d'État, qui a fini, heureusement par lui donner gain de cause, en obligeant le conseil général de l'Yonne, qui voulait s'y soustraire, à lui servir enfin sa pension. Cet exemple, qui n'est malheureusement pas isolé, vous montre combien notre situation à tous est précaire et s'il convient d'y porter remède. Le texte du Sénat, outre qu'il nous apportait la consécration légale de nos droits à une retraite, nous affranchissait encore de l'obligation, souvent difficile, sinon impossible à remplir, de passer consécutivement dix, quinze et même vingt ans, suivant les statuts variables des caisses départementales, dans le dernier poste, pour obtenir le droit à la liquidation d'une retraite. L'article 44 du projet de la commission de la Chambre nous prive de ces dispositions favorables. En conséquence j'ai l'honneur de déposer le projet de résolution suivant :

« Les médecins aliénistes et neurologistes, réunis en congrès à Clermont-Ferrand, émettent le vœu que la Chambre des députés, dans la rédaction définitive de l'article 44 du projet de révision de la loi de 1838, présenté par sa commission, adopte le texte entier du paragraphe 3 de l'article 45 du projet, déjà voté par le Sénat, qui met notamment à la charge de l'État les traitements et les pensions de retraite des médecins en chef, médecins-directeurs et adjoints des asiles publics. Comme conséquence de ce rattachement futur, ils réclament, corrélativement, le remaniement des traitements qui correspondent aux classes fixées par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876, et la création d'une classe exceptionnelle de 9000 francs, outre les avantages en nature. En spécifiant que ceux qui auraient droit à leur retraite dans le délai de deux ans à partir de la promulgation de la loi, pourraient continuer à jouir d'une retraite servie par la caisse des retraites du département de leur résidence, si les conditions qu'elle leur impose comme temps de séjour sont remplies, ils chargent leur bureau de dé-

poser l'ensemble du vœu entre les mains de M. le ministre de l'Intérieur. »

Je demande qu'il soit passé immédiatement à la discussion et au vote sur la question.

Le vœu émis par M. Garnier est voté à l'unanimité des membres du Congrès.

M. Taty (de Lyon). — Le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables.

Messieurs, au Congrès d'Assistance publique qui a eu lieu tout récemment à Lyon, M. le Professeur Pierret a soulevé une question que lui a semblé devoir être de nouveau, et à plus juste titre encore, traitée devant vous et qu'il a bien voulu me charger de soumettre à votre bienveillante attention.

Il existe, dans tous les asiles publics, une catégorie fort intéressante et malheureusement trop étendue, de malades des deux sexes, recrutés parmi les petits ouvriers en chambre et les gens isolés, sans famille, souvent sans amis, qui vivent dans un pauvre galetas et n'ont pour toute fortune qu'un mince mobilier, quelques outils, quelques instruments de travail, le tout d'une valeur minime, acquis bien souvent pourtant au prix de dures privations. Lorsque, frappé par la maladie, le malheureux possesseur de ces humbles débris entre à l'asile, il se trouve rapidement et fatalement dépouillé de ces ressources qui lui seraient cependant d'un si grand secours après sa guérison et lors de sa rentrée dans la société, par le procédé que voici.

Le propriétaire de la maison en général, ou, plus exactement dans notre région du moins, le régisseur d'immeubles, agent forcément expéditif, rouage par métier, peu sensible à l'émotion, n'a qu'un désir et qu'une hâte, voir disparaître tous ces impedimenta qui l'encombrent et l'empêchent d'utiliser le logement vacant par suite de l'internement d'un locataire qui ne paie plus et ne paiera peut-être plus jamais. Il hésite toutefois devant les frais d'un jugement qui l'autoriserait à vendre et il intervient d'abord auprès de la tutelle des aliénés pour qu'on en termine à l'amiable.

La tutelle, il faut lui rendre toute justice en cette occurence,

emploie, pour obvier au dépouillement de ses pupilles, tous les moyens dont elle peut disposer. Elle fait démarches sur démarches, courses sur courses, propositions sur propositions ; elle demande d'abord au médecin si l'aliéné est non curable, puis, dans l'affirmative, elle met en charge les meubles en question chez des parents qui s'y refusent trop souvent, chez des patrons, des amis, où elle peut. Mais, d'autres fois, elle est repoussée. Elle a bien obtenu du propriétaire, sous la condition de vider les locaux au plus vite, l'abandon de sa créance locative et sa renonciation à l'exercice de son droit de gage, mais voilà qu'ayant sauvé ce mobilier elle ne sait plus qu'en faire et ne peut, dès lors, recourir qu'à une vente volontaire aux meilleures conditions possibles. Les fourrières ? Il n'y faut point songer. La plupart, celles de Lyon notamment, exigent un prix trop élevé; certaines demandent jusqu'à cinquante centimes de droit fixe par jour. La mise en charge à prix d'argent chez des particuliers ? Cela coûterait presque aussi cher et, à ce compte, toutes les ressources seraient vite épuisées. Vendre, il n'y a pas d'autre solution.

La vente a donc lieu, généralement à l'amiable, par commissaire-priseur, sur place ou à l'Hôtel des ventes si les choses valent le transport. C'est toujours une vente dérisoire dont les associations connues sous le nom de *bandes noires* tirent le plus clair des profits. Les frais montent à vingt, à vingt-cinq francs. Le reliquat, toujours insignifiant, est versé, comme le veut l'art. 31 de la loi du 30 juin 1838, dans la caisse de l'établissement et tout est dit.

Je m'arrête intentionnellement à ces faits. Je ne veux point toucher encore à la question de la vente et de la location des biens immobiliers, ni me demander jusqu'à quel point le département, créancier de l'aliéné, peut intervenir pour retenir ces reliquats en utilisant le petit paragraphe suivant de l'art. 31 déjà cité :

« Les sommes provenant soit de la vente, soit des autres recouvrements.... seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement ».

Je ne veux point non plus envisager le cas où le propriétaire poursuivrait la vente judiciairement, cas assez rare il faut le dire. La tutelle est alors impuissante ; elle ne peut même pas,

faute de place, faire bénéficier le malade des réserves charitables des art. 592 et 593 du Code de procédure civile restrictifs des saisies-exécutions. Le Procureur de la République, protecteur légal des aliénés, est dans la même situation et il le regrette souvent (1). Mais, pour résister il lui faudrait un texte de loi qui n'existe pas, D'ailleurs en fût-il armé qu'il se heurterait à la même difficulté que le tuteur : que faire du mobilier protégé? Et il en serait de cette loi comme d'autres mesures légales bien connues en matière de défense contre les maladies infectieuses mesures excellentes à la condition de les renforcer d'un système corrélatif de désinfection pratique, obligatoire et... gratuite.

Je limite donc mon sujet aux ventes mobilières et je constate que, dans l'état actuel des choses, les plus pauvres de nos malades sont, comme toujours, les plus lésés. S'ils sont incurables il n'y a rien à dire. Mais s'ils guérissent ? Les voilà donc privés de ces ressources qui leur seraient d'un si grand sscours pour recommencer la lutte pour l'existence, ressources que ne remplacera jamais le reliquat en argent, produit de la vente, quand il existera et quand ils le toucheront.

Dans ces conditions n'y a-t-il pas quelque chose à tenter? Ne peut-on chercher à conserver aux malades curables les parties les plus importantes de leur mobilier pour les leur restituer intactes à leur sortie ?

La solution se présente immédiatement à l'esprit sous deux formes pratiques.

La première, la plus simple, la meilleure, si elle pouvait s'appliquer partout, consisterait à faire appel aux sociétés de patronage ou de secours aux aliénés dans les villes où elles existent et à leur signaler le bien à faire dans cette voie. Ces sociétés, investies de pouvoirs réguliers, disposant de ressources pécuniaires, pourraient organiser des sortes de fourrières gratuites où elles recevraient en dépôt les mobiliers des malades et le leur rendraient sans frais aucuns à leur guérison, et il serait facile, pour les indemniser un peu de leurs dépenses, de leur accorder le bénéfice des successions vacantes ou abandonnées.

(1) Nous avons soumis la difficulté à des magistrats qui ont eu à s'occuper de la question au point de vue pratique et qui nous ont exprimé le regret de ne pouvoir intervenir.

La deuxième solution serait d'obtenir des autorités compétentes l'affectation au même but d'un local quelconque, grenier ou hangar, appartenant aux asiles. Je dis appartenant aux asiles, car là seulement on pourrait faire les choses simplement et sans frais, grâce aux bras et aux moyens de transport dont on y dispose généralement.

Cependant on se heurte ici à des difficultés d'un ordre particulier qu'il faut au moins mentionner. Si l'on excepte d'une vente mobilière tous les objets ayant une valeur appréciable, il s'ensuit nécessairement que la vente du reste devient inutile et même onéreuse, car les frais en dépasseraient le produit. On se trouve donc forcément conduit à tout garder sans distinction, à moins de traiter à l'amiable avec quelque industriel, qui débarrasserait à vil prix tous les débris, loques et hardes sans valeur.

De plus, ces mobiliers, par suite de la maladie de leurs propriétaires, sont toujours dans un état de malpropreté révoltante, et lorsque nous avons parlé de nos désirs, nous avons pu surprendre, chez nos interlocuteurs, des grimaces significatives à la pensée d'introduire dans l'asile des régiments de ces ennemis intimes dont on n'a nul besoin.

Je ne m'attarde pas à ces difficultés. Le volume des mobiliers en question, même complets, n'est jamais considérable voilà pour la première ; pour la deuxième, quelques kilos de poudre de pyrèthre et surtout la mise en marche d'une étuve à désinfection repousseraient victorieusement à la fois et l'objection et les ennemis. L'étuve à désinfection, tout élevé qu'en soit le prix, devrait, à l'heure actuelle, fonctionner dans chaque asile ; elle y rendrait bien des services et l'introduction de nos mobiliers n'eût-elle pour effet que d'obliger à cette acquisition que ce serait déjà cela de gagné.

Le résultat pratique, immédiat de la création de ces dépôts serait de dispenser le médecin de l'obligation d'émettre un avis précipité sur le degré de curabilité des aliénés et ensuite de faire bénéficier, même dans le cas de poursuites par le propriétaire, le malade des art. 592 et 593, et de lui conserver au moins ce lit que la loi réserve au plus misérable.

Mais en outre, Messieurs, il ne peut y avoir de doute sur le caractère utile et généreux de l'œuvre dont nous parlons. Peut-

être me dira-t-on que les cas sont rares où notre action sera vraiment utile. Cela est vrai et ce nous est une raison de plus d'insister, puisqu'il nous faudra moins de place et moins de dépenses et, du reste, il vaut mieux rendre service à une seule personne par an que ne rien faire du tout. Voici cependant quelques chiffres : dans une période de deux ans, à l'asile de Bron, trente ventes mobilières ont été demandées, presque toutes à la requête des propriétaires ou régisseurs. La tutelle, dignement représentée par M. le Juge d'instruction Chantreuil et son secrétaire spécial, M. Berthelier, grâce à des démarches multipliées, à des courses répétées et fatigantes, à un dévouement enfin dont on ne saurait trop la remercier, a pu obtenir vingt fois la mise en charge du mobilier chez des particuliers ; mais dix fois la vente a dû se faire et, sur ces dix cas, quelques-uns sont des plus intéressants, notamment celui d'une femme sortie guérie, privée, par la vente d'une machine à coudre qu'elle n'avait même pas fini de payer, et grevée ainsi dès ses premiers pas au dehors, d'une dette en pure perte.

Venir en aide à de pareilles misères, quand cela est si facile, n'est-ce pas répondre un peu aux aspirations généreuses de l'époque actuelle ? A la fin de ce qu'on a voulu nommer le crépuscule des peuples, à l'aurore, dirai-je plutôt, du siècle qui se lève, lorsque les théories scientifiques mais décourageantes des dégénérescences héréditaires fatales paraissent perdre de leur rigueur, ou du moins reprendre leur rang au chapitre physiologie-pathologique, quand on entrevoit vaguement encore le moyen de sauver des chutes sans remède, sinon toujours, l'être isolé, mais tout au moins l'espèce, lorsque surtout en face de la thèse de l'irresponsabilité individuelle se dresse le grave problème de la responsabilité sociale, ne faut-il pas utiliser tous les moyens de dégager cette responsabilité, si infimes qu'ils nous paraissent ?

Pour ceux que toucheraient peu les considérations sentimentales ou philosophiques, pour ceux qui pensent que l'argent est la *capitalis* et même l'*ultima ratio* des choses, nous réservons un argument qui les convaincra peut-être.

Depuis plusieurs années, et dans maintes circonstances, à la Société d'Économie politique, au Congrès des médecins alié-

nistes de Lyon, dans la presse médicale, M. le professeur Pierret a constamment et énergiquement plaidé la cause de l'internement précoce des aliénés, mesure la meilleure pour obtenir des guérisons rapides et prévenir les séjours interminables, dans les asiles d'aliénés, dont l'incurabilité, suite trop fréquente de l'internement tardif, constitue une lourde charge pécuniaire pour les départements. Cette persévérance a porté ses fruits ; M. Pierret a eu la satisfaction de voir les internements se faire plus faciles et plus rapides et s'élever, par suite, son cœfficient de curabilité.

Mais il ne suffit pas de guérir plus vite et mieux les malades il faut encore, autant que possible, leur éviter les rechutes. Or, qui donc y est plus fatalement voué que l'aliéné qui rentre guéri, mais désarmé dans la vie commune? La mesure que nous proposons, en lui réservant quelques armes défensives est un des moyens de le protéger, le département qui l'appliquerait, n'évitât-il, avec son aide qu'une seule rechute par an, regagnerait largement les quelques frais dépensés dans ce but et il ferait ainsi une de ces charités bien ordonnées qui commencent par soi-même.

Nous n'avons pas, Messieurs, la prétention d'inventer quelque chose de nouveau. Depuis longtemps, le système fonctionne dans le département de la Seine. M. le docteur Bourneville, dont il faut prononcer le nom toutes les fois qu'il s'agit d'assistance et de charité, a bien voulu s'intéresser à notre communication et nous donner les renseignements que nous résumons ici sur la manière dont la Seine procède au sauvetage du mobilier de ses aliénés.

Les mobiliers sont déposés au garde-meuble de l'asile clinique après un inventaire détaillé. L'administration, pour le transport de ces mobiliers, a passé, par voie d'adjudication, un contrat avec un entrepreneur de déménagements.

Au bout d'un an, un certificat de situation, *pour vente de mobilier*, est demandé au médecin-traitant. Si le certificat conclut à l'incurabilité, on vend, s'il est douteux, on surseoit à la vente comme s'il y a curabilité.

Le mobilier est rendu à son propriétaire lorsque celui-ci sort guéri.

Peut-être ailleurs a-t-on pensé aussi à ce mode d'assistance.

Nous accueillerons avec une vive reconnaissance toutes les indications qu'on voudrait bien nous donner à ce sujet et qui nous permettraient d'arriver au meilleur procédé pratique. Notre but, c'est de généraliser une excellente mesure. Faire accepter des pouvoirs publics le principe de la sauvegarde du mobilier des aliénés pauvres; en obtenir, si possible, des moyens d'exécution, tel est notre désir aujourd'hui, désir pour lequel nous vous demandons vos bienveillants conseils et l'appui de votre haute autorité. Tout humble que soit notre œuvre, ne nous opposez pas l'axiôme : *de minimis non curat prætor ;* en économie sociale, pas plus qu'en mathématiques, les minima ne sont jamais des quantités négligeables.

A la suite de cette communication, le Congrès a émis le vœu que des mesures soient prises dans tous les asiles pour sauvegarder le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables et pour les restituer à ces malades après guérison.

M. Régis (de Bordeaux). — Des Hallucinations oniriques des Dégénérés mystiques

La rareté des hallucinations chez les dégénérés héréditaires, notamment chez les persécuteurs, est un fait pleinement acquis et avec M. Jules Falret (1) tous les auteurs la considèrent comme un signe clinique des plus importants.

Il existe cependant des dégénérés, se rapprochant par bien des points des persécuteurs, qui sont assez fréquemment sujets à des hallucinations : ce sont les mystiques.

J'ai déjà sommairement mentionné ailleurs (2) l'existence de ces hallucinations et leurs caractères particuliers. J'y reviens

(1) J. Falret: *De la Folie raisonnante ou folie morale.* Annales médico-psycol., 1886.

(2) E. Régis: *Les Régicides dans l'histoire et dans le présent. Archive de l'Anthropologie criminelle,* 1890, 1 vol. chez Storck et Masson, 1890. *Manuel pratique de Méd. mentale,* 2e édition 1892.

aujourd'hui pour mieux préciser leur type nosologique et leurs traits distinctifs.

1° — R... prend part avec fureur au jubilé de 1825, assiste aux prédications des plus éloquents missionnaires. C'est alors qu'il a ses premières révélations; il lui semble qu'à l'épigastre, où il éprouve un sentiment habituel de chaleur, *des paroles se font entendre* très distinctes, *mais non telles que celles qu'on perçoit par l'oreille* et bien faciles à distinguer de ces dernières. Ces paroles qui forment des prophéties, des paraboles, plongent R... dans l'extase. L'appétit devient moindre le sommeil disparaît, la nuit se passe en prières.

Dans une de ces nuits de ferveur R... vit tout à coup apparaître, au milieu des nuages un *disque merveilleux* gros comme le soleil, mais non point radieux comme lui; une voix part de ce disque et dit à R... : « Les enfants que je bénirai seront bénis et ceux que je maudirai seront maudits jusqu'à la troisième et quatrième génération ». R..., qui reconnaît la voix de Dieu, entre en communication avec l'être increé et lui adresse beaucoup de questions qui n'obtiennent pas toutes des réponses. La conversation dura trois quarts d'heure. R... commença à y apprendre quels étaient les desseins de Dieu sur lui. En terminant, l'Éternel lui dit d'aller se coucher.

Les paroles qui lui étaient prononcées dans l'épigastre étaient bien différentes de celles de la vision. Dans cette dernière, les paroles étaient absolument semblables à celles qu'on entend par l'oreille, ce qui n'a pas lieu dans les paroles (épigastriques) des révélations. La vision a décidé du sort de R... Il est le Messie qui doit venir à la fin des siècles pour ramener toutes les nations à la même croyance et à préparer le jugement dernier (1).

2° — La malade prétend que le bon Dieu et la Sainte Vierge lui apparaissent *en rêve* sans lui parler. La Sainte Vierge lui tend les bras.

Quelque temps après, elle fit, *durant la nuit*, un songe extraordinaire. La Sainte Vierge entre dans sa chambre vêtue comme dans les tableaux d'Église, s'approcha d'elle, lui

(1) Extraits, Lélut. — *Observations sur la folie sensoriale*, p. 284. — *Du Démon de Socrate*, 1 vol. in-8°, 1834.

donna sa main à baiser, puis aussitôt remonta au ciel.

Une *autre nuit*, elle fut l'objet d'un événement merveilleux. Elle éprouva une jouissance sexuelle extrême qui ne peut se comparer à rien d'humain, bien supérieure à celle qu'elle ressentait pendant ses relations avec son amant. C'était quelque chose d'idéal et d'immatériel. A son réveil, elle ne put comprendre la signification de ce fait qui lui fut expliqué quelques jours plus tard. Une voix lui dit au milieu de la *nuit* : « Voulez-vous être enceinte ? »... Elle se crut, en effet, enceinte de Dieu (1).

3° Repris par ses idées mystiques, il examine à fond les différents mystères de la religion chrétienne et, *une nuit* (13 septembre 1885), Dieu lui apparut, lui annonçant qu'il le choisissait comme le rédempteur promis aux hommes par l'Ecriture.

Il entrait, toutes les nuits, en conversation avec le ciel ; deux des étoiles de la Grande Ourse servaient d'intermédiaires quand il adressait une question à Dieu. Si la réponse était affirmative il voyait les deux étoiles se rapprocher au point de se toucher ; si la réponse était négative, les deux étoiles s'éloignaient rapidement l'une de l'autre et il cessait de les voir. Il acquit ainsi la certitude qu'il était bien le Rédempteur choisi par Dieu (2).

4° Il s'absorbe dans la contemplation et dans la prière ; il se nourrit de la lecture des saints ; il pense au martyre et quand il communie, il lui semble qu'il se détaehe de la vie terrestre. C'est alors que, *pendant une de ses longues stations devant le tabernacle*, il entend pour la première fois *des voix intérieures*. Ce sont des voix bien nettes; fermes distinctes, *résonnant dans le cerveau et non à l'oreille* ; « il entend, dit-il, comme un son, bien qu'il sente que c'est tout à fait intérieur ». Ces voix lui annoncent qu'il sera pape. « Sauve l'Église, mon enfant, c'est à toi de sauver l'Église ; la tiare sera l'explosion de la volonté nationale ».

A côté de ces hallucinations psycho-motrices, le malade a

(1) Extraits, Dupain: *Etude clinique sur le délire religieux* (Th. de Paris, 1888, p. 124).

(2) Extraits Magnan, — *Les Délires des dégénérés*, Bulletin médical, 24 juin 1894.

des visions nocturnes avec hallucinations auditives. Ces visions ne sont pas rapportées dans l'observation, mais elles ne peuvent faire aucun doute, puisqu'il les indique lui-même formellement dans le passage suivant : « Mon appel à la tiare peut, dit-il, se justifier, car il repose sur les bases suivantes qui lui donnent un cachet, un caractère parfait d'authenticité : 1° Deux manifestations extérieures, la voix de Dieu parlant par ma bouche, quand je dis enfant « je veux être pape », et l'incarnation du diable dans le corps d'un chat. 2° *Mes visions dans le sommeil et les paroles que j'entends alors.* 3° *Une voix intérieure* » (1).

5°. — Si nous venons maintenant au côté mental, nous trouvons un délire confus, dans lequel les idées mystiques et les idées de persécution s'entremêlent d'une façon fort embrouillée. Ce délire est fait en partie de conceptions mystiques anciennes, en partie d'observations nouvelles.

Ainsi elle nous raconte qu'en Italie, elle comprit avoir une *mission*, puis elle ajoute que tout cela venait des Francs-Maçons qui la magnétisaient.

En tout cas, elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. *Elle a vu le Très-Haut, la nuit, dans toute sa splendeur.* Cela lui est arrivé très souvent en Italie. Il était si resplendissant qu'on pouvait à peine distinguer ses traits.

..... On lui disait qu'elle était réservée à de grandes choses. Des voix lui criaient, d'autre part, qu'on lui faisait faire des choses que Dieu n'avait pas permises (2).

6°. — Dans le délire religieux (monomanie religieuse) les hallucinations sont fréquentes : Dieu, la Vierge, les Saints apparaissent au malade et lui dictent sa conduite. Chez un officier, la folie éclate à la suite d'une prédication à laquelle il a assisté. La Vierge lui apparaît et lui commande de donner sa démission, ce qu'il fait, et d'aller faire pénitence dans le désert. Il erre pendant plusieurs jours dans une forêt des environs de Langres, ne se nourrissant que de mûres sauvages. Epuisé de faim et de fatigue, il voit, *une nuit*, la lune se détacher du ciel et

(1) Extraits, Dupain: *Loc. cit.* p., 78.

(2) Extraits H. Colin. — *Essai sur l'état mental des hystériques.* Th. Paris 1893. Obs. XXXII, p. 147.

tomber à ses pieds et, en même temps, se montre un vieillard à barbe blanche qui lui fait signe de le suivre et qui marche devant lui sur la route de Lyon (1).

7°. — V... est âgé de quarante-quatre ans. C'est un débile qui, depuis l'âge de onze ans, a eu des révélations divines. Dieu lui apparaissait sous forme *d'ombres lumineuses*; il avait la forme du corps humain, il l'appelait « mon fils ». Depuis l'âge de quinze ans, Dieu lui apparaissait encore de temps à autre. Il sait aussi qu'il est choisi par lui pour remplir une grande *mission* (2).

8°. — Dans ces derniers temps, il s'était remis à fréquenter les églises, embrassant les stations et les images saintes et se donnant comme l'apôtre de la vérité et du droit. Cette fois-ci, il est en état d'exaltation religieuse. Dieu veut qu'il reprenne le combat pour la vérité et le droit. Il l'a élevé jusqu'à lui. Il a vu, en effet, dans l'église, les yeux de la mère de Dieu s'ouvrir et lui indiquer par là qu'il était reçu. A l'asile, il ne s'occupe que des intérêts célestes. *La nuit*, des signes miraculeux lui font comprendre qu'il est appelé à de grandes choses (3).

Les cas d'hallucinations que nous venons de rapporter appartiennent à des dégénérés mystiques sans épithète. En voici d'autres, tout à fait semblables, relatifs à une catégorie d'individus faisant partie du même groupe morbide, *les Régicides* car, ainsi que je l'ai démontré, les grands fanatiques de l'histoire, identiques à travers les âges et les pays, sont des *dégénérés mystiques* héréditaires qui, égarés par un délire politique ou religieux, compliqué parfois d'hallucinations spéciales, se croient appelés au double rôle de justiciers et de martyrs et, sous l'empire d'une obsession à laquelle ils ne sont pas libres de résister, en arrivent à tuer un grand de la terre au nom de Dieu, de l'humanité ou de la patrie (4).

Je laisserai de côté l'hallucination de Brutus la veille de la bataille de Philippes, relatée en détail par Plutarque, son authenticité n'étant pas certaine, bien que ses caractères lui

(1) Christian. — Art. *Hallucination* du Diction encyclop. des sciences médicales, pag. 95.

(2) Extraits Dupain : Loc. cit., p. 64.

(3) Extraits Krafft. Ebing. — *Lehrbuch der Pyschiatrie*, t. III, 1880, observation LVIII, p. 89.

(4) E. Régis : Loc. cit.

donnent une apparence de vraisemblance manifeste et je me bornerai à citer ici une des nombreuses hallucinations de Ravaillac, celle de Jacques Clément et celle de Staaps.

9°. — Le lendemain matin, s'étant levé et fait sa méditation à genoux, recoligé en Dieu à la manière accoustumée, se lève, s'assit en une petite chaise devant le foyer, puis s'étant passé un peigne par la teste, voyant que *le jour n'était pas venu*, apperçeut du feu en un tison, achève de s'habiller, prend un morceau de sarment de vigne, lequel ayant allié avec le tison où estait le feu, mit les deux genoux à terre et se prit à souffler; veit incontinent aux deux côtés de sa face à dextre et à senestre, à la lueur du feu qui sortait par soufflement, des hosties semblables à celles dont on a accoustumé faire la communion aux catholiques en l'église de Dieu; et au dessous de sa face, au droict de sa bouche, voyait par le costé un rousleau de même grandeur que celluy que lève le prestre à la célébration du service religieux à la messe; dont il avait fait révélation au dit d'Aubigny (1).

10°. — *Une nuit*, Jacques Clément étant dans son lit, Dieu lui envoya son ange en vision, lequel, avec une grande *lumière*, se présenta à lui et lui montra un glaive nu en lui disant ces mots : « Frère Jacques, je suis messager du Dieu tout puissant, qui te viens, que par toi le tyran de France doit être mis à mort; pense donc à toi comme la couronne du martyre t'est aussi préparée ». Cela dit, l'ange disparaît (2).

11°. — Fred. Staaps, qui voulut tuer Napoléon I[er] à Schembrunn écrivait à son père :

« Encore cette *nuit*, Dieu m'est apparu. C'était une figure semblable à la *lune*. Sa voix m'a dit : « Marche en avant, tu réussiras dans ton entreprise, mais tu y périras » (3).

J'ai eu l'occasion d'examiner, dans ces dernières années, en qualité d'expert, deux dégénérés mystiques de même espèce; l'un, anarchiste exalté, ayant la haine de la société bourgeoise, et rêvant de mourir martyr de ses idées; l'autre créateur d'une

(1) Procès de Ravaillac. — *Archives historiques de l'histoire de France*, t. XV.

(2) *Palma Cayet* et *Journal de Henri III*, par Pierre de l'Estoile.

(3) Desmarets. — *Témoignages historiques, ou quinze ans de haute police sous ce nom*. Paris 1833.

religion nouvelle, ennemi juré du clergé actuel et menaçant de se dresser en face de Mgr Richard et de sa bande, comme l'abbé Verger et l'abbé Galeote en face de Mgr Sibour et de l'évêque de Madrid, Martinez Izquierdo. Tous deux, avaient des hallucinations de la nature que nous indiquons.

12°. — Le premier les décrivait ainsi : « *La nuit*, au milieu d'un cercle de *lumière*, un être surnaturel m'est apparu, sous la forme de l'archange Michel, tenant en main une épée flamboyante. — « Je suis, m'a-t-il, dit le Génie de la Révolution ; il faut que tu meures pour tes principes comme Jésus-Christ et Pranzini ». Puis le Génie a disparu, laissant après lui une traînée harmonieuse qui s'est évanouie peu à peu ».

13°. — Le second, dans un de ses écrits ayant pour titre : « Double mission de l'abbé T..., à Bordeaux », disait :

« Souvent, dans le mois d'avril et de mai, il m'arrivait de consacrer *une nuit* au Sacré-Cœur, dans son sanctuaire de Montmartre. J'en ai été récompensé par de grandes consolations spirituelles. En effet, plusieurs fois, vers la fin de mon adoration, le divin Sauveur daigna m'apparaître et me montrer son cœur d'où s'échappaient de temps en temps quelques gouttes de sang. Semblable à la bienheureuse Marguerite-Marie, j'entendis ces douces paroles : « Voici ce cœur qui a tant aimé les hommes et qui ne reçoit d'eux que de l'ingratitude. Pour toi, mon enfant, va par le monde, établis-toi dans telle ville que tu voudras, particulièrement dans un endroit arriéré où de ridicules préjugés ont remplacé ma religion sainte. Je te confie *la mission* d'établir une religion libérale. Mais, souviens-toi que celui qui veut accomplir de grandes choses doit avant tout se renoncer à lui-même prendre sa Croix et me suivre sur la route douloureuse du Calvaire ! »

Les divers faits que nous venons de relater et qu'il serait facile de multiplier, sont suffisants pour nous permettre de dégager les principaux caractères des hallucinations qui font l'objet de cette étude.

Ce qui ressort tout d'abord de leur examen, c'est que, le plus souvent, ces hallucinations ont lieu *la nuit* et durant le sommeil. D'après Lasègue (1), on le sait, la chronologie complète

(1) Lasègue. — *Le Sommeil*, Etudes médicales, Paris 1884, p. 434-435.

du sommeil comprend cinq temps : 1° l'appétit du sommeil ; 2° le sommeil commençant qui s'étend généralement de 11 heures à 1 heure; 3° le sommeil dans son plein qui s'étend de 1 heures à 3 heures du matin; 4° le sommeil décroissant qui s'étend de 3 heures à 7 heures du matin. 5° l'appétit du réveil et le réveil. Or, tandis que, d'après le regretté maître, certains troubles névropathiques seraient liés de préférence à une période déterminée du sommeil, les *terreurs nocturnes* au croissant, le plus profond, et *l'épilepsie nocturne* au sommeil décroissant, *somnus vigil*, les hallucinations que nous étudions, elles, peuvent se produire à une phase et à une heure quelconque de la nuit, parfois même avant le coucher et après le lever, celle que nous avons citée de Ravaillac, survenant avant l'aube, au moment où, sa méditation terminée, il soufflait au feu pour l'attiser, est dans ce dernier cas. Elle répond à ce que dit Chaslin des hallucinations hypnogogiques du réveil, « sortes d'illusions dans lesquelles les yeux étant ouverts et fixés sur un objet quelconque de la chambre, l'esprit, encore à moitié sommolent, attribue à cet objet une valeur et une forme qu'il n'a pas » (1). Nous pourrions en citer d'autres tout à fait analogues survenues avant le coucher, au moment, par exemple, comme ajoute Chaslin, où l'on ferme les yeux en lisant un livre le soir et où, immédiatement, apparaît un fantôme imaginaire. Le cas rapporté par Brierre de Boismont de la vision de lord Gardiner, survenue dans ces conditions, est l'un des plus typiques. Nous n'en citerons que ce simple extrait :

14°. — Le colonel Gardiner avait passé la soirée en compagnie d'amis fort gais. Il devait se trouver, à minuit précis, à un rendez-vous avec une femme mariée. Pour tuer l'heure qu'il lui restait à attendre, il monta chez lui, prit un livre, et résolut de le lire avec soin, Malgré ce projet, il ne lui prêta que fort peu d'attention. Pendant qu'il tenait ce livre entre ses mains, Dieu lni envoya une vision, qui eut pour lui les conséquences les plus imprévues et les plus heureuses. Il crut voir un *rayon extraordinaire de clarté* tomber sur son livre, ce qu'il attribua

(1) Ph. Chaslin. — *Du Rôle du rêve dans l'évolution du délire* Th. Paris 1887, p. 87.

d'abord à une disposition de lumière ; mais en levant les yeux, il aperçut, à son grand étonnement, Notre-Seigneur Jésus-Christ *entouré d'une gloire*. En même temps, il lui sembla entendre une voix s'exprimer en ces termes : « O pécheur, vois dans quel état m'ont mis tes crimes ! » Cette apparition produisit une si profonde impression sur l'esprit du colonel, qu'il renonça à son genre de vie et devint un homme très religieux (1)

Ce n'est pas cependant exclusivement la nuit que se produisent les hallucinations de ce genre. Elles ont lieu quelquefois aussi le jour, Un malade de Moreau de Tours, qui se disait guidé par les manifestations d'un génie, divisait toutes ces manifestations en plusieurs classes : 1° Les *petits songes* ; 2° Les *grands songes* ; 3° Les *petites visions* ; 4° Les *grandes visions* ; 5° Les signes de bon et de mauvais augure. Les premières et les secondes se manifestaient la nuit, dans un profond et calme sommeil ; les autres soit dans un demi-sommeil soit dans la veille (2).

Bien que surtout nocturnes, les visions des mystiques peuvent donc survenir le jour. Mais c'est alors, ainsi que le montrent les faits, dans des conditions particulières telles que l'extrême fatigue, la méditation, les longues prières, la contemplation, l'extase, etc., c'est-à-dire dans des états comparables *au rêve*. Comme l'a fort bien dit A. Maury : « L'extase constitue un véritable rêve à l'état de veille dans lequel les visions, les hallucinations de l'ouïe, du toucher, de l'odorat et du goût ont identiquement les fausses apparences dont le rêveur est dupe » (3). Plus loin, il ajoute : « Relisez les visions qui sont rapportées par les extatiques vous y trouverez toutes les formes *du rêve*, du rêve clair et suivi, de celui qui provoque ordinairement le souvenir d'idées ou d'images antérieurement perçues dans la vie » (4). Et ailleurs enfin : « Les apparitions dont il est question d'anachorètes et de mystiques doivent avoir été des hallucinations *hypnogogiques*.

(1) Brierre de Boismont. — *Des Hallucinations*, etc. Paris 1845, p. 336.

(2) Moreau de Tours. — *Le Haschich* et *de l'Aliénation*, Paris 1845, p. 273.

(3) A. Maury. — *Le Sommeil et les Rêves*, Paris 1845, p. 237.

(4) A. Maury : Ibid., p. 248.

L'état de méditation, d'oraison, d'immobilité où tombe la pensée amène une disposition au sommeil et les image en rapport avec les préoccupations antérieures de l'esprit et du corps doivent alors se produire. C'est ainsi que les solitaires chrétiens de l'Egypte tels que saint Paul et saint Antoine voyaient des images fantastiques qu'ils prenaient pour des apparitions démoniaques; des figures obscènes étaient appelées devant leurs yeux par l'excès même de continence qu'ils s'imposaient. De pareilles illusions tourmentaient les ascètes hindous; seulement ils attribuaient aux Rakchasas ce que les moines chrétiens mettaient sur le compte de Satan (1).

Ainsi, quels que soient le moment et la condition organique où se manifestent ces hallucinations, c'est toujours dans un état de rêve éveillé ou endormi. C'est pourquoi je les ai appelées *hallucinations oniriques* ou hallucinations de rêve, pour les distinguer, par leur caractère essentiel, des hallucinations ordinaires Elle font partie, du reste, du groupe des hallucinations hypnogogiques qui, suivant la juste expression de Maury, forme comme l'embryogénie du rêve (2).

Le second caractère des apparitions mystiques, c'est d'être intermittentes. Contrairement à ce qui se passe, en effet, dans la plupart des vésanies pures, notamment dans la folie systématisée essentielle, où les hallucinations, une fois constituées, évoluent d'une façon régulière et continue, ici les visions ne se renouvellent que de temps à autre, à des intervalles de plusieurs jours, de plusieurs semaines, de plusieurs années, lorsque, suivant la propre expression des malades, le Génie inspirateur à quelque chose à leur communiquer. Parfois même, la vision est unique et ne revient plus.

Nous savons déjà que l'hallucination mystique que nous étudions se produit dans le rêve et d'une façon intermittente. Examinons maintenant en quoi elle consiste.

Cette hallucination n'est pas, à proprement parler, une hallucination, ou plutôt, c'est un ensemble d'hallucinations, une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, à type toujours uniforme, avec de simples différences de complexité suivant les cas.

(1) A. Maury : *Loc. cit.*, p. 52.
(2) A. Maury : *Loc. cit.*, p. 77.

Le sujet, comme nous l'avons vu, est endormi, à demi-éveillé, ou plongé dans la méditation. Une apparition surgit à ses yeux, clos ou non, le plus souvent animée et céleste, mais toujours environnée d'une clarté plus ou moins brillante. Si c'est Dieu, la Vierge ou les Saints, qui se montrent, ils sont auréolés d'un nimbe, ou resplendissants de gloire ; si c'est Satan, il est entouré de flammes ; si c'est un objet inanimé, il est lumineux comme le soleil, la lune ou les étoiles. Quelle qu'elle soit, d'ailleurs, l'image ici n'est autre que le reflet fantatisque d'une réalité déjà vue ou conçue, et les personnages surnaturels qui tiennent la scène dans ces mystères, toujours à peu près les mêmes, répondent habituellement au type conventionnel des descriptions ou des images qui les représentent. C'est à ce point que, pour si profane que soit le personnage apparu, comme le Génie de la Révolution de l'anarchiste cité plus haut, il se montre encore sous la forme et avec les attributs mystique de l'archange Michel, le Mercure par excellence du Dieu des chrétiens. Au reste, les choses réelles interviennent plus activement parfois dans la genèse de ces visions, par exemple dans la méditation et dans l'extase ; ou un objet ambiant, un crucifix, une image sainte, un astre, un flambeau, un vitrail frappé de lumière deviennent, en s'animant au yeux du sujet, le point de départ de l'illusion et du rêve fantastique qui la suit.

Il est rare que la scène se termine là. Même lorsqu'elle est muette, il se manifeste des signes sensibles, mots tracés, gestes, attitudes, changements à vue des éléments de la vision, comme dans les tableaux vivants, traduisant, sous forme d'énigmes plus ou moins claires, la volonté d'en haut. Mais presque toujours une voix s'élève et cette voix, après s'être fait connaître, dicte au malade dans la langue mystique et sybillaire des révélations, ce que le Ciel attend de lui à travers mille obstacles et au péril même de sa vie, soit pour sa conversion, soit pour l'évangélisation des foules, soit pour le bien de la Religion ou de la Patrie : en un mot, elle lui révèle, suivant sa propre et constante expression, *la mission* à la fois de souffrance et de gloire qu'il a désormais à remplir.

D'habitude, le mystique, humblement muet, recueille avec ferveur ces paroles qui lui serviront désormais de mot d'ordre

et de but dans la vie. Parfois cependant, il s'enhardit jusqu'à entrer en conversation avec l'apparition et c'est alors, entre elle et lui, une série de questions et de réponses explicatives. Dans certains cas, surtout chez les hystériques, le rapprochement entre la créature et l'être surnaturel devient plus étroit ; il y a *possession* avec sensation sexuelle douloureuse s'il s'agit du diable, *incarnation* avec sensation sexuelle exquise s'il s'agit de Dieu. Enfin, surtout dans l'état extatique, le sujet n'est pas censé rester toujours immobile devant une scène qui se déroule à ses yeux ; souvent il croit lui-même se déplacer et être transporté dans les sphères aériennes, où il est admis à voir de près la majesté de Dieu, les puissances du Ciel ou les morts qu'il a connus. C'est, suivant l'expression consacrée, le *ravissement* de l'extase.

Dès que la voix s'est éteinte et que la communication est terminée, la vision disparaît et, avec elle, la clarté qui l'accompagnait, de sorte qu'il se produit, dans ce petit drame hallucinatoire, exactement ce qui se passe à la scène, où l'on voit certains personnages entrer, se mouvoir, et sortir dans une projection lumineuse éblouissante. La fin de la vision peut, d'ailleurs, coïncider avec des phénomènes harmonieux d'un timbre céleste, ou, lorsqu'il s'agit de démons, avec des bouffées de fumée et d'odeurs. « Je méditais, dit Berbiguier, sur les faveurs divines ; mon cœur tressaillait vers le ciel, lorsque, tout-à-coup, ma porte s'ouvre sans bruit, puis s'avance à pas tranquilles, mais au regard sombre, un vieillard trompeur et, me serrant la main avec l'émotion d'une amitié tendre, il me dit discrètement : « O mon ami, écoutez la voix de mes cheveux blancs et fiez vous à l'autorité de mon âge. La leçon du vieillard est un oracle du ciel ! » — « S il est vrai que vous soyez un ministre de paix, lui répondis-je, levez les yeux et osez fixer ce signe». A ce spectacle, le faux Michel pâlit, s'enfuit et échappe à mes regards et une *fumée fétide* décela sa nature et confirma mon opinion » (1).

Ainsi les diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher du goût et de l'odorat sont susceptibles de survenir et de

(1) Berbiguier. — *Des Farfadets, ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde*, Avignon 1825.

se succéder dans la vision mystique dans l'ordre même où, suivant Maury, on les observe dans le rêve (1).

Cette participation possible de tous les sens indique assez que les hallucinations que nous étudions sont des hallucinations psycho-sensorielles et non de pures représentations mentales. Cela ressort, du reste, comme nous l'avons vu, de l'action que peuvent exercer, sur la nature et le cours de la scène hallucinatoire, les objets ambiants qui se mêlent souvent, dans cette scène aux objets imaginaires, sans en être distingués. Cela ressort également de ce fait que les hallucinations oniriques, comme les songes avec lesquels elle ont tant d'analogie, peuvent persister et même se renforcer au réveil. Un halluciné, coupable d'un triple meurtre commis sous l'influence de fausses sensations, répondait au président de la cour d'assises qui l'interrogeait sur ce sujet : « Est-il vrai que vous avez des visions ? » — « Oui, Monsieur, mais cela ne m'arrive que quand je dors, comme à tout le monde je crois. Les anges viennent me parler et me disent ce que j'ai fait et ce que je dois faire. Quand je m'éveille, je crois les voir encore » (2).

On trouve beaucoup d'exemples analogues dans l'histoire de la vie de certains religieux. Je citerai seulement le suivant : « La compagne inséparable de sainte Thérèse, la sœur Anne de Saint-Barthélemy, aperçut, *une nuit, en songe*, la Vierge tenant l'Enfant Jésus entre ses bras.

La mère et le fils s'approchèrent doucement d'elle en lui souriant. Marie s'assit sur son lit, du côté où elle était couchée. Mais la sœur Anne s'étant *réveillée, la vision persista avec la même clarté que durant son sommeil* et, après lui avoir dit : « N'aie point de souci, je te ferai religieuse et tu porteras mon habit », la Sainte Vierge disparut aussitôt en laissant la chambre dans la plus complète obscurité » (3).

Il est plus fréquent cependant de voir l'hallucination onirique cesser au réveil. Parfois même, la simple ouverture des yeux, quand ils sont clos, suffit à la dissiper et on peut voir des sujets qui passent ainsi brusquement et alternativement du rêve

(1) A. Maury : *Loc. cit.*, p. 52.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1838, p. 218.

(3) *Vie de la sœur Anne de Saint-Barthélemy*, traduite de l'espagnol, par René Gauthi.r, conseiller d'État. Paris 1633, p. 9.

halluciné à la réalité et de la réalité au rêve halluciné suivant qu'ils ouvrent ou referment les yeux.

Au reste, les malades sont les premiers à faire la distinction entre leurs hallucinations oniriques, qui sont psycho-sensorielles et les hallucinations psycho-motrices dont ils peuvent en même temps être atteints. Une malade, citée dans la thèse de M. Dupain, est dans ce cas. « A la fin d'une neuvaine, un jour, à une heure 5 minutes, pendant qu'elle balayait la salle à manger, elle entend une voix qui lui dit : « Sauvez l'Église, sauvez la France et pardonnez à tous les hommes qui font tant de mal ! » Elle a *bien entendu*, dit-elle, *cette voix par ses oreilles* ; elle résonnait dans sa poitrine et elle n'a fait que la répéter. D'autres fois ce sont des voix intérieures, *des inspirations* (1) ». Le malade de M. Magnan, en résumant les manifestations divines dont il était l'objet, distinguait de même nous l'avons vu : 1° Les *visions* dans le *sommeil* et les *paroles* qu'il *entend* alors ; 2° *Une voix intérieure.* Dans l'observation de Lélut, rapportée plus haut, la distinction est plus nette encore. « Les paroles qui lui étaient prononcées dans l'épigastre, dit l'auteur, étaient bien différentes de celles de ses visions nocturnes. Dans ces dernières, en effet, les paroles étaient exactement semblables à celles qu'on entend par *l'oreille* ce *qui n'avait pas lieu* dans les paroles (épigastriques) des révélations. Les grands mystiques et, en particulier, sainte Thérèse, ont souvent distingué également leurs visions sensorielles de leurs visions mentales (2).

Nous devons signaler encore un caractère propre à ces hallucinations : elles se reproduisent habituellement dans les mêmes conditions et sous la même forme. Le cas est surtout

(1) Dupain : *Loc. cit.*, p. 102.

(2) Ceux qui sont plus intelligents que moy disent que l'autre vision dont j'ai ci-devant parlé est plus parfaite que celle-cy et beaucoup plus que toutes celles qui ne se voyent que par les *yeux corporels*, qui sont à ce qu'ils croyent les moindres de toutes et les plus susceptibles des illusions du diable. J'avais peine néanmoins alors d'en être persuadée et aurais désiré au contraire à voir avec les *yeux du corps* ce que je ne voyais qu'avec les *yeux de l'âme*, afin que mon confesseur ne pût pas me dire que ce n'était qu'une imagination. *Vie de sainte Thérèse*, écrite par elle-même ; traduct. Arnauld d'Andilly, in-4°, 2e édition, chap. XXVIII, p. 166-167.

commun pour celles survenant dans le sommeil qui, chez certains sujets, déroulent chaque fois le même songe hallucinatoire, pour ainsi dire stéréotypé. « Il est, du reste, des aliénés qui, comme l'indique M. Chaslin, ont des rêves morbides à répétition fréquente constituant peut-être tout le délire, de même que, quelquefois, le délire alcoolique peut se borner à apparaître pendant le sommeil » (1). Identiques souvent chez un même individu, ces hallucinations ont, en outre, chez tous, comme nous l'avons vu, un type uniforme, au point qu'on reste frappé de la similitude absolue de la scène morbide dans tous les cas.

Si les hallucinations oniriques des dégénérés mystiques se ressemblent entre elles ; en revanche elles diffèrent notablement des hallucinations communes des aliénés. Sur ce point il est inutile d'insister après ce que nous en avons dit et ce dont on peut s'étonner, c'est que ces hallucinations observées depuis si longtemps par tant d'auteurs, n'aient pas été mises en relief soit dans les ouvrages relatifs aux folies religieuses et hystériques, soit dans ceux qui ont trait aux hallucinations ou aux rêves, soit enfin dans ceux consacrés aux dégénérescences et aux dégénérés.

Il ne nous paraît pas nécessaire de dire que les hallucinations oniriques ne sont pas spéciales aux dégénérés. On les trouve également dans l'alcoolisme, dans les psychoses infectieuses, dans l'hystérie, d'une façon générale dans tous les délires toxiques. Mais elles s'y trouvent le plus souvent mobiles, fréquentes, variées, évoquant surtout des images d'animaux et des choses de la profession. L'hallucination onirique, telle que nous venons de la décrire, avec son caractère équivoque d'apparition, intermittente, lumineuse, dictant impérativement un ordre en des termes pour ainsi dire clichés, n'appartient guère qu'aux états mystiques. C'est l'hallucination mystique par excellence.

A ce titre, on peut la rencontrer dans toutes les psychopathies auxquelles se mêle le mysticisme, par exemple dans la folie systématisée religieuse et dans le délire hystérique religieux. Toutefois, dans la première, elle occupe, pour ainsi dire,

(1) Ph. Chaslin : *Loc. cit.*, p. 35.

l'arrière-plan, dominée qu'elle est par les conceptions délirantes et les hallucinations diurnes habituelles, comme, dans l'hystérie, elle est compliquée des autres accidents mentaux si variés de la névrose. Pour l'observer à l'état d'isolement et de pureté absolus, il faut l'étudier dans la méditation, l'extase, la contemplation, c'est à-dire chez les voyants et les illuminés et chez les dégénérés mystiques, en particulier chez *les Régicides*, où on la trouve tout à fait en relief et, le plus souvent, indépendante de tout autre phénomène hallucinatoire, à l'exception parfois des voix révélatrices intérieures. Ici, elle n'est plus un simple épiphénomène d'un état psychopathique complexe, elle constitue, lorsqu'elle existe, le symptôme saillant et véritablement pathognomonique.

Un fait bien digne de remarque, et c'est par là que je termine, c'est l'influence profonde des visions sur l'esprit de la plupart des mystiques. Certes, beaucoup d'aliénés hallucinés se laissent diriger par leurs fauses sensations, bien qu'il y en ait, parmi les persécutés notamment, qui essaient de résister à leur influence ; mais l'empire qu'elles exercent sur les malades n'est en rien comparable à celui des visions sur les mystiques. Ceux-ci puisent dans cette source d'inspiration une foi, une ardeur, une décision incroyables et vraiment surhumaines, si bien que soutenus uniquement par l'idée de leur mission providentielle, et pour si débiles qu'ils soient, ils sont capables. faisant bon marché de leur vie, de poursuivre et d'accomplir, bonnes ou mauvaises, de grandes actions. Et l'on s'explique ainsi que des apparitions mystiques aient tant de fois bouleversé en sens contraire l'humanité et que, suivant les âges, les circonstances et les sujets, elles aient pu contribuer, tantôt à la fondation d'un système, d'une dévotion ou d'un ordre religieux, tantôt à la découverte d'un problème scientifique ou à la création d'une œuvre d'art, tantôt à la délivrance de la Patrie, tantôt enfin à l'assassinat d'un grand personnage ou d'un chef d'État.

M. Garnier demande si le jeune anarchiste ne simulait pas ses hallucinations.

M. Régis. — M. Garnier se demande si le jeune anarchiste mystique dont j'ai parlé ne simulait pas ses hallucinations. La

non-simulation me paraît évidente, étant donnés l'ensemble des phénomènes pathologiques observés chez lui, qui en faisaient un véritable aliéné dégénéré, et le caractère particulier de ses hallucinations. De même, en effet, qu'on ne peut considérer comme simulé un symptôme hystérique qui réalise spontanément une localisation anatomique ou physiologique inconnue à la malade, de même, ici, on ne peut admettre que le jeune homme ait pu simuler des hallucinations peu ordinaires, correspondant exactement à ce qu'elles devaient être chez un mystique comme lui, c'est-à-dire exclusivement *nocturnes*, *intermittentes* à forme de *visions surnaturelles*, *lumineuses*, avec *révélations* et *mot d'ordre impératif*. Cela est d'autant plus impossible en l'espèce que, pour simuler de telles hallucinations, le malade eût dû savoir ou plutôt deviner ce que nous ne savions pas complètement nous-mêmes, puisque c'est précisément pour fixer les traits des hallucinations spéciales existant chez lui et ses congénères, que j'ai fait ma communication.

M. le Dr LEVILLAIN (de Nice). — CÉPHALÉE DES ADOLESCENTS ET NEURASTHÉNIE AVEC DÉFORMATION CRANIENNE. — TRÉPANATION. — GUÉRISON.

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation de *céphalée des adolescents* et de *neurasthénie* pour laquelle le Dr Duret (de Lille) a pratiqué avec succès l'opération du trépan.

C'est, je crois, la première observation de neurasthénie trépanée qui figure dans la littérature de cette affection.

Il y a un mois, le docteur Duret m'adressait à Royat, pour y suivre une cure de tonification, un jeune homme de 21 ans, qu'il avait trépané le 21 mai dernier, pour des maux de tête persistants, accompagnés plus tard de neurasthénie confirmée.

Voici, du reste, l'histoire médicale de ce jeune homme telle que j'ai pu la recueillir à son arrivée ici.

Ses *antécédents héréditaires* sont ainsi constitués: les grands parents sont morts vieux, ayant présenté quelques troubles arthritiques (migraines et sciatique) ; le père a été atteint de rachitisme dont il porte encore les traces (jambes arquées) ; il a été opéré de la pierre à l'âge de 7 ans, a eu de nouveau une

poussée de lithiase rénale vers 45 ans et, à deux reprises, a eu la jaunisse : actuellement, il présente de la dyspepsie à forme hypopétique.

La mère est nerveuse et probablement même hystérique ; le malade a deux sœurs assez bien portantes, mais plutôt anémiques et délicates.

Comme *antécédents personnels*, rien ici de bien particulier : pas de maladies graves ; l'enfance et la première adolescence ont été parfaites.

C'est à l'âge de 15 ans qu'ont apparu les premiers troubles ; ils ont simplement consisté, tout d'abord, en une certaine difficulté pour le travail ; à vrai dire, on ne les a même pas considérés comme troubles réels ; on les a mis sur le compte de la paresse et d'une certaine apathie pour les études auxquelles on voulait le contraindre.

A 17 ans, ont apparu les maux de tête ; ils consistaient alors en une sensation de gêne permanente, s'exagérant jusqu'à la douleur, quand le jeune homme s'efforçait de s'appliquer ; c'est à ce moment qu'il entra à l'École Say ; les maux de tête augmentèrent de fréquence et d'intensité ; à certaines périodes, ils étaient presque constants ; en même temps, ils parurent se localiser de préférence sur la moitié pariétale gauche du sommet de la tête où existait une dépression crânienne autrefois constatée, sans qu'on y eût attaché d'autre importance, et depuis lors oubliée ; le malade avait alors l'impression que si on lui enlevait cette dépression il ne souffrirait plus de la tête et pourrait travailler.

A ce moment, M. G... figurait assez bien le syndrome clinique, décrit par Charcot, sous le nom de *céphalée des adolescents*, si ce n'est la localisation de cette céphalée dans la région spéciale du crâne où existait cette dépression.

Bientôt s'y ajoutèrent des étourdissements et des vertiges, qui se produisaient lorsque le malade se déplaçait un peu brusquement, soit dans la station debout au cours des jeux de collège, soit, et même surtout, dans la situation horizontale au lit, en se retournant.

Puis, peu à peu, en raison vraisemblablement des efforts progressifs tentés par le malade pour suivre ses cours et se maintenir au niveau de ses camarades, vraisemblablement aussi

sous l'influence de la contrariété et de la fatigue produites par la persistance des maux de tête, peu à peu se constitue le syndrome neurasthénie, forme simple, nettement caractérisée par les symptômes suivants :

En dehors des maux de tête proprement dits, la *céphalée* est persistante, c'est-à-dire cette céphalée donne lieu à des sensations de gêne, de pression et de vide dans la tête ; la comparaison du *casque* est immédiatement acceptée par le malade qui déclare que ce mot traduit bien le malaise céphalique habituel et constant dont il a si longtemps souffert.

L'*asthénie psychique* est très évidente : dégoût pour le travail, difficulté d'attention, douleur de concentration des idées, diminution de la mémoire, retard de la compréhension à la lecture, etc.

L'*asthénie morale* n'est pas moindre : découragement profond, aboulie qui ne lui laissait même pas l'énergie de se plaindre et de déclarer son impuissance ; ce jeune homme de 18 ans, qui avait, d'ailleurs, une apparence fraîche et robuste, fuyait la société de ses camarades pour se concentrer dans sa tristesse et sa désespérance.

L'*insomnie* n'est apparue que plus tard et n'a duré que pendant les 5 à 6 derniers mois de son séjour à l'École Say : mais, dans sa famille, les troubles du sommeil ont continué de se manifester par des cauchemars et des réveils fréquents en soubresaut ; aussi, l'*amyosthénie matutinale* était-elle très accusée ; le malade déclare nettement qu'il était beaucoup plus fatigué le matin en se levant que le soir en se couchant ; cette amyosthénie du matin constitue, selon moi, avec l'insomnie, un des stigmates les plus typiques du syndrome neurasthénique.

A côté de cela, étaient apparus des *troubles gastriques* et *intestinaux*, sous forme d'inappétence, de dyspepsie flatulente avec pesanteurs et enfin de la constipation opiniâtre.

Le tableau de la neurasthénie classsique, du type Béard et Charcot, ne saurait être, on le voit, plus complet : aucun des stigmates n'y faisait défaut.

Mais voici où est maintenant l'intérêt de ce cas :

M. G... avait dû quitter l'École Say, absolument incapable de continuer ses études et en pleine période neurasthénique ; de retour dans sa famille, il s'était un peu amélioré sous l'in-

fluence du simple repos, mais sitôt qu'on voulût le réentraîner au travail, bien que ses occupations fussent peu fatigantes et qu'on lui laissât toute liberté, les maux de tête réapparurent avec tout leur cortège.

C'est alors que se produisirent des troubles plus aigus qui obligèrent le malade à prendre le lit une première fois pendant plusieurs jours à la suite d'une sorte de crise gastralgique : ceci se passait en décembre 1893.

En janvier 1894, un nouveau malaise plus intense met de nouveau le malade au lit avec maux de tête violents, vomissements, excitation, subdélirium, tachycardie et prostration générale.

Le médecin du pays croit d'abord à une poussée méningitique, puis tout rentre dans l'ordre, au bout de huit jours ; néanmoins l'attention est portée du côté de la dépression cranienne où les maux de tête se localisent avec le plus d'intensité et on demande l'avis du Dr Duret de Lille.

Celui-ci conseille un traitement général et du bromure parlant déjà de la possibilité d'une trépanation en cas d'insuccès. Deux autres confrères de Paris sont également consultés et non des moins éclairés dans la circonstance : le Dr Féré (de Bicêtre) et le chirurgien Segond donnèrent les mêmes conseils que M. Duret.

Pendant trois mois l'hydrothérapie fut appliquée méthodiquement mais sans grand résultat : c'est alors que la famille, en raison de l'unanimité des avis demandés, se décida à laisser pratiquer la trépanation.

Je laisse maintenant, Messieurs, la parole au docteur Duret, ou plutôt je suis chargé de vous communiquer en son nom le résumé de son observation et de son intervention.

Traumatisme ancien du crâne ayant amené une atrophie localisée des os, et des troubles nérropathiques et neurasthéniques intenses. Trépanation du crâne. Guérison, par le Dr Duret, professeur de clinique chirurgicale à Lille.

A l'époque où il est soumis à notre examen, pour des douleurs de tête, qui le rendent incapable de tout travail M. G.., P.., est âgé de 20 ans.

Il n'a comme antécédents qu'une rougeole dans son enfance.

Son histoire pathologique peut se résumer en quelques mots : douleurs de tête, névralgies dans le front et la face, accès de migraine, vertiges, étourdissements, qui le rendirent incapable de travaux intellectuels prolongés, et qui le firent échouer à la plupart de ses examens.

Il fut placé successivement dans une école professionnelle de Douai ; puis, de 14 à 16 ans, à l'École de Châlons, où il fut une fois seulement dans la possibilité de prendre part aux concours. Puis, il vint à l'École Say, de Paris, où il resta trois ans. Depuis deux ans, il est rentré chez ses parents, on a essayé de lui donner des leçons particulières pour entrer dans la marine, mais sans succès. Il a fini par prendre une place de dessinateur dans la compagnie des mines de N..., où son père est ingénieur. Il ne manque cependant pas d'intelligence, et le désir de réussir est sincère, mais sa maladie l'a toujours rendu incapable d'un travail prolongé.

Avant 1887, G.... avait souvent eu des maux de tête, mais il n'y avait pas attaché grande importance. Le mal le prenait à chaque instant, sans qu'il eût travaillé davantage. Il souffrait dans le front, comme dans une migraine ordinaire.

A son entrée à l'École Say, à l'âge de 17 ans, les maux de tête devinrent plus violents et plus fréquents. Il avait des étourdissements, des vertiges, qui le prenaient surtout la nuit, principalement quand il ne restait pas sur le dos. Les étourdissements et les vertiges duraient peu de temps, mais le mal de tête persistait jusqu'au lendemain matin. Il occupait toute la tête, mais principalement le sommet et le front. Il n'avait pas de vomissements.

Quand il travaillait, les accès de céphalalgie devenaient plus fréquents, ils étaient surtout nocturnes.

Parfois dans la journée, quand il se remuait trop, ou jouait avec plus d'animation, survenaient des éblouissements. Les exercices de gymnastique lui causaient des éblouissements. Il est resté deux ans à l'École Say, travaillant assez régulièrement, n'ayant jamais été à l'infirmerie, mais souffrant fréquemment de ses maux de tête.

C'est seulement la dernière année qu'il était à Choisy, vers 15 à 16 ans, qu'il s'est aperçu, par hasard, de la dépression

qu'il avait à la partie latérale du crâne. Il en parla à ses parents, mais on n'y attacha pas grande importance.

Interrogé par nous pour savoir s'il n'avait pas été jadis victime d'un traumatisme, il nous dit qu'à l'âge de 11 ans, étant sur le dos d'un camarade, il est tombé, la tête la première sur le pavé. Il éprouva une grande douleur sur le moment, mais il n'y eut pas de plaie, pas d'hémorrhagie. Il ne remarqua pas qu'il y eut une bosse sanguine ou une ecchymose. Il ne perdit pas connaissance, et n'eut pas besoin d'entrer à l'infirmerie.

Depuis qu'il est revenu dans sa famille G... a continué à souffrir de la tête, plus particulièrement au niveau de la dépression cranienne. La douleur est plutôt énervante que vive et elle le rend incapable de lire. Ordinairement quand la crise de céphalée survient, il en a pour jusqu'au lendemain matin.

Au mois de décembre 1893, G.,., a été pris de crises nerveuses et de maux d'estomac, cela l'oblige à rester trois jours au lit.

En janvier, il tomba de nouveau malade. Il éprouve des douleurs très violentes dans la tête, principalement au niveau de la dépression. Il y a de la fièvre, il vomit tout ce qu'il prend, a de l'agitation, un peu de délire. Le Dr Lecœuvre, qui le voit, croit à une poussée méningitique. Pendant trois jours, le malade est obligé de garder le lit.

Je vois le malade pour la première fois à Lille, le 25 janvier. Je constate la dépression cranienne et la zône douloureuse qui l'occupe manifestement. Je conseille l'application de pointes de feu, le repos, du bromure de potassium, et surtout l'hydrothérapie employée quotidiennement.

G... revient trois mois plus tard, il a été un peu soulagé par le traitement, sa santé générale est un peu meilleure, il mange de meilleur appétit Mais il éprouve toujours la même douleur de tête et est incapable de toute application intellectuelle. Il demande à être débarrassé de ses souffrances, à être guéri de son incapacité de travail.

Quelques jours plus tard, ayant fait raser le cuir chevelu je pus examiner avec précision la dépression cranienne.

Sur la région pariétale gauche du crâne, un peu en avant de la bosse pariétale, près de la ligne médiane existe une dépression visible sur le cuir chevelu et très accessible au palper. Sa

forme est ovalaire : elle mesure 7 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur, et 5 centimètres transversalement. Son bord supérieur est à peine à 0,008 millimètres de la suture sagittale, et son bord inférieur à 11 centimètres du conduit auditif externe. La profondeur de la dépression paraît être de 8 à 10 millimètres, si on suit la pente de son bord postérieur. En effet, la dépression ne se fait pas brusquement, mais par une sorte de glacis, plus étendu en arrière, dans la moitié postérieure qu'en avant où il ne mesure que 5 millimètres. La surface du cuir chevelu est lisse dans le fond de la dépression ; on n'y sent ni bosse ni saillie d'aucune sorte. Quand on comprime avec les doigts, on ne perçoit ni fléchissements ni battements ; mais la pression est douloureuse pour le malade.

D'ailleurs c'est au niveau de cette dépression qu'il sent une douleur sourde et continue, qui, de là, a des irradiations vers l'occiput, le front et au-dessus de l'oreille, et finit toujours par envahir la moitié correspondante.

Croyant à une dépression d'une portion des os du crâne, susceptible de comprimer les méninges et le cerveau, je proposai de faire la trépanation et de relever la pièce osseuse déprimée.

L'opération eut lieu le lundi 21 mai ; j'en résumerai les particularités en quelques mots :

Je circonscrivis exactement à l'aide d'une incision curviligne du cuir chevelu la dépression cranienne, sauf en arrière, dans une étendue de 2 centimètres, afin de laisser un pédicule ostéo-cutané; l'incision comprit le périoste et pénétra jusqu'à l'os.

Celui-ci fut coupé aux ciseaux de Mac-Even dans la même étendue suivant le tracé cutané. Dès le premier coup de ciseau que j'avais d'abord fait en haut, du côté de la ligne médiane, je pénétrai brusquement dans le crâne et j'eus une hémorrhagie : j'avais cependant agi, avec la plus grande douceur, voulant éviter la blessure du sinus longitudinal et de ses branches qui étaient assez voisines. j'achevai rapidement la section osseuse et je basculai le fragment en rupturant son pédicule.

Nous constatâmes, non sans surprise, que, dans les deux tiers, antérieur et postérieur, l'épaisseur de l'os était plus faible et ne mesurait pas un millimètre, plus en arrière il a à peine deux millimètres. Il était donc évident que la dépression

cranienne était le résultat d'un amincissement et d'une atrophie des os du crâne. En avant dans la région la plus mince la lamelle osseuse était réduite à la table interne ou vitrée de l'os ; en arrière les deux tables étaient reconnaissables, mais le diploé avait une très faible épaisseur ainsi que la table externe elle-même.

Au-dessous du volet osseux nous ne constatâmes ni adhérences ni lésion méningée.

Ligature d'une grosse veine, près du sinus, ouverte par le premier coup de ciseau : on rabat le volet ostéo cutané ; drain et suture.

Les suites opératoires furent d'abord un peu inquiétantes à cause de l'hémorrhagie qui avait été assez abondante, mais, dès le troisième jour, le malade était hors de danger, la température était devenue normale, le pouls à 88, le même jour la guérison de la plaie opératoire était complète.

En quelques mots, il s'était agi, chez notre malade, de troubles névropathiques et d'une neurasthénie intense dont l'origine a été la lésion cranienne ; la cause en ayant été modifiée par la trépanation, la neurasthénie et les autres troubles nerveux ont disparu.

Cette observation, Messieurs, m'a paru très intéressante à divers points de vue ; je tiens d'abord à faire remarquer combien le type classique de la maladie de Beard est resté pur dans ce cas, en même temps qu'il était complet ; la neurasthénie, telle qu'elle a été décrite par le clinicien de New-York et telle qu'elle m'a été apprise par le grand clinicien de la Salpêtrière, Charcot, la neurasthénie est aujourd'hui menacée dans son existence nosographique. On tend à revenir à l'ancienne confusion que signalait Arndt en 1885 ; d'après cet auteur, la neurasthénie s'étendrait du symptôme aspiration vague vers quelque chose de nouveau, jusqu'au syndrome épileptique ou hystérie. « Neurasthénie par ci, neurasthénie par là, écrivait-il, c'est la maladie à la mode et il semble qu'avec ce mot tout soit dit et que tout puisse être compris sous l'étiquette trop facile de neurasthénie. »

Eh bien, Messieurs, je m'élève à nouveau contre cette manière de voir ; depuis la publication de mon travail sur la neurasthénie, mon opinion n'a pas changé, je possède actuel-

lement plus de 200 observations de neurasthéniques divers, car il y a des formes diverses, mais je continue de croire qu'il y a un type clinique très nettement défini auquel on peut donner le nom de neurasthénie.

Sans doute, il en est de ce mot comme du mot hystérie : il est purement conventionnel et son étymologie, faiblesse nerveuse, est loin de révéler la nature réelle des accidents qui caractérisent ce type morbide, loin aussi d'indiquer toute sa valeur clinique, il n'est là, ce mot, que pour synthétiser tout un ensemble de troubles apparaissant dans certaines conditions et sous l'influence de certaines causes bien déterminées, se groupant dans un ordre clinique très précis, évoluant selon des lois connues, mais évidemment dues à un processus pathologique encore inconnu.

Il y a là un cadre, ou plutôt un dessin, qui a été tracé de main de maître et ce n'est pas un schéma, c'est une réalité qu'on rencontre, moins souvent pourtant que beaucoup ne seraient tentés de le croire.

J'aurais voulu justement, à ce sujet, Messieurs, résumer mes observations, en faire la statistique étiologique, symptomatologique et évolutionnelle et ce devait être le but de ma communication à votre congrès, que d'établir la distinction de causes, de forme et d'évolution qui existe entre la neurasthénie vraie, type Beard et Charcot, et les états neurasthéniformes auxquels on a donné le nom plus ou moins discutable de pseudo-neurasthénies.

Mais ce nom est encore purement conventionnel. A mon sens il ne veut dire que ceci ; c'est qu'au point de vue clinique, ces états pathologiques ne sont pas les mêmes étiologiquement, symptomatologiquement et évolutionnellement que l'état pathologique décrit par Beard et Charcot sous le nom de neurasthénie.

Je n'insisterai pas sur ce point, n'ayant pas eu le temps de colliger et méthodiser les preuves, c'est-à-dire, les observations cliniques qui devaient servir à la défense de cette opinion.

Je voudrais seulement aujourd'hui, Messieurs, profiter de votre réunion pour soulever un point important de la question neurasthénie et qui a trait à la limitation de son domaine.

Et ce point est ici doublement intéressant, car son étude justifie plus que jamais l'importance de l'association que vous

venez de réaliser si heureusement, en réunissant dans un même Congrès les aliénistes et les neuropathologues.

La neurasthénie, maladie des neuropathologues, dans sa forme simple, confine trop souvent au domaine des psychopathologues, par l'état mental et hypochondriaqûé, auquel elle donne lieu.

Or, s'il existe des variétés cliniques de la neurasthénie à prédominance cérébrale, spirale, gastrique, cardiaque, etc., d'où les cérébrasthénies, les myélasthénies, et les neurasthénies, cérébro-cardiaques et cérébro-gastriques, il est une variéte à prédominance mentale, *variété* que j'ai quelquefois proposé d'appeler *psychopathique* et qui mérite mieux encore le nom si justement trouvé par M. Régis de *phrénasthénie.*

Les neurasthéniques à prédominance mentale ou psychopathique doivent-ils faire partie de la série de Beard ? Telle est la question. Elle est importante en pratique: car le pronostic de ces formes est très différent de celui des formes neurasthéniques pures, ne comportant que l'état mental que nous avons vu chez le malade de M. Duret.

Chez certains malades on observe une telle exagération de cet état mental qu'il domine toute la scène ; ce sont ceux chez lesquels on observe ces obsessions et ces phobies intenses qui constituent à un moment donné presque tout le tableau symptomatique.

Or, il faut distinguer : chez un grand nombre de ces malades on relève soit au début, soit au cours de leur histoire pathologique, les stigmates classiques de la neurasthénie simple, c'est-à-dire, la céphalée, l'insomnie, les troubles gastro-intestinaux, etc; mais il faut reconnaître que, chez un certain nombre, ces stigmates font complètement ou presque complètement défaut.

Mon distingué confrère, le Dr Régis, est tenté, si je ne me trompe, de rattacher tous ces obsédés phrénasthéniques à la série neurasthénique proprement dite ; j'avoue que, pour ma part, je suis moins tenté de le suivre dans cette voie qui élargit considérablement le cadre primitif de la maladie de Béard.

Il est, à ce propos, un phénomène intéressant à relever : dans la clientèle des mentalistes ce sont les neurasthéniques psychopathes qui semblent prédominer alors que, dans le cabi-

net des neuropathologues, on rencontre plus fréquemment les neurasthénies communes du type Beard et Charcot.

Il y a là comme une analogie avec ce qui passe pour la paralysie générale et que Charcot avait si bien fait remarquer.

Il disait souvent qu'au point de vue pratique, professionnel, on pouvait nettement distinguer deux grandes variétés de la paralysie générale : la variété des neuropathologues et la variété des aliénistes. Il semble en être de même pour la neurasthénie ; on pourrait, si l'on se range à l'opinion de M. Régis, qui paraît vouloir confondre dans le même groupe nosologique les phrénasthénies et les neurasthénies proprement dites, on pourrait distinguer, professionnellement au moins, la *variété neuropathique* avec ses diverses prédominances spirale, gastrique, cardiaque, etc., et la *variété psychopatique* à prédominance mentale.

Mais je m'arrête sur ce point, n'ayant pas assez de documents précis pour juger la question et ne voulant que la soumettre à l'appréciation tant autorisée des maîtres qui sont ici.

Je termine en revenant au malade de M. Duret. Là encore aucune interprétation sûre ne saurait être soutenue ; aucune conclusion formelle ne saurait être déduite de cette observation sur le rôle qu'a pu exactement jouer la trépanation dans le traitement de cette forme de neurasthénie et sur les indications de l'intervention chirurgicale dans des cas analogues.

Il m'a paru toutefois intéressant de vous signaler cette observation qui, je crois, est la première du genre ; on n'en peut retenir qu'une chose, c'est un fait clinique bien observé : il y avait là un malade atteint de céphalalgies violentes accompagnées d'une forme de neurasthénie classique ; il portait en outre une lésion cranienne manifeste à laquelle correspondait le point maximum des céphalalgies ; ce malade était immobilisé dans sa carrière, aucun des traitements habituels n'avait réussi.

M. Duret le trépane et remédie autant que possible à la lésion du crâne ; à partir de ce jour, les maux de tête disparaissent, la neurasthénie s'éteint progressivement et, quel qu'en ait été le mécanisme, c'est un succès thérapeutique dont il m'a paru utile de signaler les conditions.

M. Ballet ne croit pas non plus que l'intervention ait été, chez le malade de M. Duret, la véritable cause de la guérison ; certains neurasthéniques, en effet, guérissent, au même titre que les hystériques, par la trépanation, qui n'agit pas en tant qu'opération, mais simplement par l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence.

M. Verrier (de Paris). — De l'Hydrothérapie appliquée au traitement des maladies nerveuses

En prenant la parole après les illustres maîtres qui se sont fait entendre jusqu'ici, je n'ai pas la prétention de vous apporter un discours magistral. Grosjean n'en veut pas montrer à son curé ; je n'aspire, d'ailleurs, à d'autre titre qu'à celui de vieil étudiant, puissé-je un jour, comme Chevreul, me dire le doyen des étudiants.

Après plus de trente années d'enseignement de pratique obstétricale, les circonstances m'ont amené à être à la tête de la maison d'hydrothérapie fondée par le Dr Louis Fleury, à Passy, et continuée par son élève Pascal, mon beau-père.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que le très regretté professeur Charcot favorisait cet établissement en y envoyant des malades et c'est en lisant et relisant la clinique de Passy, préparée pour le maître, que j'ai pu acquérir un peu d'expérience en matière de traitement.

Loin de moi l'idée de vous parler pathologie nerveuse, vous connaissez ce sujet mieux que moi ; mais il est un point des maladies nerveuses où il reste encore tant à faire, c'est celui du traitement.

Permettez-moi de vous en dire quelques mots. Ne prenez pas, je vous prie, cette communication pour un plaidoyer *pro domo mea*, car qu'il s'agisse de Passy, d'Auteuil, de la rue de Miromesnil ou de la rue du Dôme, pourvu qu'un médecin préside au traitement, ce sera toujours de l'hydrothérapie scientifique et non du vulgaire empirisme.

Bourneville et Guérin, dans leur *Traité de la sclérose en plaques*, disent, à propos du traitement, page 176 :

« Le chlorure d'or employé par M. Vulpian dans quelques cas a paru plutôt exaspérer les symptômes; il en a été de même du phosphore de zinc que nous avons vu donner par M. Charcot à une des malades (Obs. XIV).

« La strychnine, administrée dans cinq cas, a paru un peu utile dans trois cas. Elle a modifié quelquefois le tremblement pendant un temps plus ou moins long; mais l'influence de ce médicament n'a pas été de longue durée.

On a prescrit, concuremment avec la strychnine, l'électricité, et on a obtenu une amélioration transitoire (Obs. XVI, p. 151). On peut en dire autant du nitrate d'argent qui a amené quelquefois un amendement notable, mais également passager. Le nitrate d'argent produit de l'amélioration surtout au début de l'affection, il a pu modifier heureusement le tremblement dans quelques cas, mais quand ont paru les contractures et les autres phénomènes spasmodiques, il exaspère plutôt ces symptômes et l'on doit bientôt renoncer à son emploi. »

Plus loin, p. 186, les auteurs continuent : « L'électricité, les vésicatoires, les frictions irritantes, le seigle ergoté, l'arsenic, la belladone, n'ont jamais produit d'amendement des symptômes de la maladie.

« Les toxiques, les bains sulfureux, paraissent avoir eu quelques bons effets chez la malade de l'Obs. IV.

« Enfin l'hydrothérapie, QU'IL SERAIT BON DE METTRE PLUS SOUVENT A CONTRIBUTION DANS CES SORTES DE MALADIES, est le seul agent thérapeutique qui, dans le cas du Dr Pennock, par exemple, ait procuré quelque soulagement. »

Oui, Messieurs, l'hydrothérapie est encore le meilleur moyen, sinon d'arrêter, du moins de retarder la marche toujours envahissante de la sclérose et elle aide en même temps le malade à lutter contre l'affaiblissement qui l'envahit peu à peu.

Dans certaines paralysies on y joint avec avantage l'usage de l'électricité, voltaïque ou faradique, alternativement, un jour l'une, un jour l'autre, ou l'une d'elle exclusivement.

Je ne vous apprendrai pas les résultats obtenus par Duchenne (de Boulogne), Onimus et Legros, ni ceux que vous obtenez tous les jours par l'électricité dans vos services hospitaliers.

Mais, même dans ces cas où les nerfs périphériques sont plus

particulièrement atteints et où la faradisation donne de si bons effets, l'hydrothérapie vient encore aider beaucoup à la guérison du malade.

Mais, Messieurs, pour obtenir de la douche, dans les maladies nerveuses, les résultats que vous êtes en droit d'en attendre, il faut, et j'insiste sur ce point, l'isolement du malade, un régime et une surveillance de tous les instants.

Or ces trois choses, que je considère comme indispensables à la guérison, ne peuvent s'obtenir que dans les internats.

Isolement de la famille ou des affaires, faiblesse et gâterie d'un côté, excitation d'un autre, disparaissent avec l'internat.

Régime choisi et sévère. Que de névropathes ont horreur de la nourriture, qu'il faudrait alimenter à la sonde !

L'internat seul peut remédier à ces inconvénients. Une jeune fille de Confolens, qui avait été envoyée à la Maison par M. le Dr Ballet, dans un état nerveux prononcé avec amaigrissement considérable par suite de nourriture insuffisante, a repris, de 20 livres en deux mois en la forçant à manger une alimentation réparatrice. Guérie, augmentée de poids, et retournée dans sa famille, elle recommence à ne plus manger. C'est que la vie en famille ne vaut pas, pour les neurasthéniques ou les névropathes, la maison de santé.

Enfin, la surveillance médicale, de jour et de nuit, ne peut avoir lieu que dans des établissements spéciaux.

Il faut donc réserver l'externat pour l'hydrothérapie hygiénique.

Et, puisque nous en sommes encore, en neuropathologie, à la période des essais thérapeutiques, permettez-moi, en finissant, de vous donner l'opinion de Fleury sur les douches à l'eau minérale (*Traité d'hydrothérapie*, 4e édition, p. 52). « Puisqu'à température égale l'eau de mer exerce sur la peau une action plus excitante que l'eau simple et qu'elle produit, à durée égale de douches, une rubéfaction plus prononcée, les eaux minérales exerceront donc sur la peau, toutes choses égales d'ailleurs, une action excitante plus prononcée que les eaux simples ».

Ce sera aux médecins de choisir les sujets auxquel ces eaux conviendront.

M. Voisin (de Paris) fait une communication sur les altérations des cellules cérébrales et médullaires dans l'aliénation mentale et les affections similaires.

M. Pierret. — Cette communication a une grande importance parce qu'elle attire à nouveau l'attention sur les lésions des éléments ganglionnaires des centres nerveux dans certains cas d'intoxication ou de troubles circulatoires. Il est, en effet, démontré, dans les cas d'atrophie musculaire, que la présence d'un toxique détermine des modifications cellulaires, déformation des nucléoles, dégénérescences pigmentaires qui sont le fond de toutes les démences.

Elle vient à l'appui de la discussion soulevée, au Congrès de Lyon, sur les lésions de la paralysie générale. Ces altérations sont bien celles observées et admirablement indiquées par M. Voisin. Elles se rencontrent même à mon avis dans les cas très aigus de paralysie générale.

Séance du 10 Août (soir)

PRÉSIDENCE DE M. CHARPENTIER

M. le Dr H. LAMY (de Paris). — HÉMIANOPSIE AVEC HALLUCINATIONS DANS LA PARTIE ABOLIE DU CHAMP DE LA VISION.

Le mécanisme physiologique des hallucinations peut être mis en évidence par certains faits pathologiques et, en particulier, par les lésions cérébrales circonscrites.

Lorsqu'un centre moteur cérébral est intéressé par une lésion quelconque, le mouvement volontaire peut être aboli dans les parties correspondantes. Et cependant dans certaines conditions l'on voit survenir des mouvements convulsifs dans les muscles paralysés. On s'accorde à faire dépendre ces convulsions d'une excitation passagère du centre cérébral lésé.

La même interprétation convient aux hallucinations qui se produisent dans le domaine d'une fonction sensorielle abolie. Ainsi « les hallucinations seraient aux altérations des centres sensoriaux ce que les mouvements épileptoïdes sont à celles des centres moteurs » (Tamburini, leçon faite à l'asile d'aliénés de Reggio, *Revue scientifique*, 1881).

Parmi les faits de cette seconde catégorie, un des plus significatifs consiste dans la superposition des hallucinations visuelles à certaines hémianopsies.

C'est là un phénomène assez rare, ce semble, car la littérature médicale n'en renferme qu'un petit nombre d'observations qu'on trouvera résumées plus loin. Aussi avons-nous pensé qu'il y avait quelque intérêt à faire connaître la suivante que nous ferons suivre de quelques considérations générales s'appliquant à l'ensemble des cas observés jusqu'à ce jour.

Femme Dav..., 35 ans, couturière. Entrée à la Salpêtrière en juillet 1892, dans le service de Charcot, pour des accidents céré-

braux consistant en absences fréquentes, non accompagnées de perte de connaissance complète, et un certain affaiblissement cérébral, principalement une perte croissante de mémoire qui l'inquiète beaucoup. Elle présente en outre une *hémianopsie homonyme droite* qui dure depuis trois ans, à laquelle elle a fini par s'habituer et qui ne la gêne point trop.

Les symptômes qu'elle présente aujourd'hui ne sont d'ailleurs que le terme d'une série d'accidents cérébraux qui ont débuté en 1887. L'origine syphilitique de ces accidents n'est pas douteuse. La syphilis lui a été communiquée en effet par son mari en 1882. Elle a eu cette même année des accidents secondaires bénins, consistant en syphilides papuleuses et céphalées. Pas de traitement. En 1883, des accidents tertiaires cutanés paraissent: ce sont des ulcères rongeants aux jambes. Un médecin reconnaît la nature du mal, lui donne des médicaments à l'intérieur et les plaies guérissent.

En 1887, donc cinq ans après le début, elle eut des accidents cérébraux de la plus haute gravité : perte de la vision de l'œil gauche, vomissements, obnubilation de la mémoire et de la conscience (si bien qu'elle n'a conservé qu'un souvenir vague de cette période); enfin paralysie absolue des quatre membres et probablement de la déglutition, car elle garda le lit pendant plusieurs mois et on dut la gaver pour l'alimenter Un médecin fit faire des frictions mercurielles et tous ces accidents disparurent en cinq ou six mois. L'œil guérit en dernier, la mémoire resta faible.

En 1889, l'œil droit fut pris de la même manière que l'avait été l'œil gauche deux ans auparavant (1). Elle n'a point eu, lors de de cette rechute, d'accidents cérébraux graves, mais, dit-elle, sa mémoire a toujours eu depuis des défaillances. A quelque temps de là elle éprouva pour la première fois de courtes *absences*, survenant inopinément, sans perte de connaissance, mais avec une légère obnubilation cérébrale, pendant lesquelles sa figure grimaçait. Rien d'anormal du côté du bras pendant ces absences, mais elle éprouvait une grande difficulté pour parler. Le tout durait quelques secondes. Ces absences revenaient assez souvent, plusieurs fois par semaine. Or voici que depuis quelques mois, un phénomène singulier est venu s'y ajouter. Pendant l'absence même, la vue se brouille tout à coup, puis la malade aperçoit, « de l'œil

(1) En réalité la malade a eu de l'hémianopsie gauche homonyme, puisqu'elle voyait les gens et les objets à moitié. Elle s'exprime mal comme beaucoup d'hémianopsiques sur ce point.

droit », dit-elle, une figure avec deux yeux qui la regardent fixement. Les contours de la figure ne sont pas nets, dit-elle, mais les yeux et le front sont très distincts. « Il me semble, ajoute-t-elle, que c'est une physionomie d'enfant souriante, elle est tournée à l'envers et le front en bas ». Puis tout se dissipe, et la malade conserve seulement de l'embarras de la parole pendant quelques minutes. Elle a très nettement le souvenir de cette apparition, au sortir de ces absences ; elle pourrait les dessiner, dit-elle, si elle savait. La figure qu'elle aperçoit lui semble très voisine de son œil droit, à 20 ou 30 centimètres environ un peu à droite de la ligne médiane.

Pendant son absence, il paraît (on le lui a raconté) qu'elle devient très rouge et qu'elle prononce des phrases sans suite telles que celles-ci : « Le voilà qui s'en va avec Claude... Les voilà qui s'en vont... Les lèvres me font mal... » Lorsqu'on lui parle, elle est incapable de répondre, mais elle conserve la notion de ce qui se passe autour d'elle, elle sait où elle se trouve.

Il est impossible de rattacher cette hallucination à un fait antérieur quelconque de la vie de la malade, d'après les renseignements qu'elle peut nous donner. Elle a un fils actuellement âgé de 20 ans ; mais la figure qu'elle voit ne le lui rappelle en rien, pas plus qu'aucun autre enfant. Les paroles qu'elle prononce ne se rattachent à aucun événement notoire de sa vie en apparence.

Autrefois ses crises ne s'accompagnaient d'aucun phénomène semblable, les hallucinations ne remontent qu'à ces derniers temps.

A part ses absences, la malade ne présente pas d'autres troubles de la santé qu'une polydipsie très accentuée, avec polyurie en conséquence. Elle boit trois ou quatre litres de liquide entre ses repas. L'urine examinée ne renferme ni albumine ni sucre.

Rien d'anormal du côté du mouvement et de la sensibilité à la face et aux membres. Les reflexes tendineux paraissent un peu forts aux membres inférieurs, mais sans trépidation épileptoïde. Sur la région tibiale antérieure droite, on constate une tache cicatricielle blanchâtre entourée d'une aréole brun foncé. Le contour de cette cicatrice représente trois demi-cercles se touchant par leurs extrémités. Cette cicatrice a succédé à un ulcère avec perte de substance, survenu spontanément en 1883. Actuellement, pas d'autre stigmate apparent de syphilis.

L'examen des yeux, pratiqué par mon collègue et ami Sourdille, a donné les résultats suivants :

Hémianopsie homonyme droite avec conservation de la vision

centrale. Bien que la vision soit complètement abolie dans la moitié droite du champ visuel, il est difficile d'affirmer si le scotome est absolu ; car si l'on envoie à l'aide de l'ophtalmoscope un faisceau lumineux sur les portions non fonctionnantes de la rétine, la malade accuse une vague perception lumineuse (peut-être due à la réflexion de la lumière sur la portion saine).

La moitié gauche du champ visuel est absolument intacte ; son étendue est normale pour toutes les couleurs.

La macula est intacte ; la vision centrale est normale à gauche (V = 1) ; elle est très légèrement diminuée à droite (V = 2/3).

La musculature interne et externe des deux yeux est indemne. L'amplitude de l'accomodation est normale. Pas d'anesthésie de la conjonctive.

Les *pupilles* sont égales et réagissent très vivement à l'accommodation et à l'excitation lumineuse des portions de la rétine qui fonctionnent. Quand on dirige un faisceau lumineux, même très discret, sur les portions de la rétine insensibles à la lumière, on obtient encore le reflexe pupillaire.

Examen du fond de l'œil. — Papille droite : les contours en sont nets. Elle est complètement décolorée dans toute son étendue ; mais cette décoloration est surtout marquée à sa partie interne (image droite), où elle prend un aspect franchement nacré. Les vaisseaux centraux sont normaux. — Papille gauche : Contours nets, vaisseaux normaux. Elle est très légèrement décolorée dans son ensemble, mais beaucoup moins que la droite, et elle a conservé partiellement son aspect rosé. Pas d'altération des autres membranes de l'œil.

Janvier 1893. Traitement mercuriel combiné à l'iodure de potassium suivi rigoureusement depuis l'entrée. L'hémianopsie n'a pas bougé. Les crises offrent toujours le même caractère ; seulement la malade ne fait plus de grimaces de la figure. Elle voit toujours la même apparition de figure d'enfant « tournée à l'envers ». La description du phénomène n'a pas changé d'un iota du jour où elle l'a accusé pour la première fois. Elle prétend maintenant qu'elle a en outre la représentation auditive très nette d'une chanson populaire gaie qu'elle connaît. Ce n'est pas toujours la même chanson, tandis que ce sont toujours les mêmes yeux qu'elle aperçoit pendant son absence. Elle est incapable de chanter ensuite l'air qu'elle entend, bien qu'il lui semble toujours qu'elle pourra se le rappeler.

A en juger par les explications qu'elle donne, cette hallucination auditive n'a pas la vivacité de l'hallucination visuelle. Il lui sem-

ble que « cela chante intérieurement » ; mais non pas « qu'on lui chante à l'oreille ». Elle n'entend pas plus d'une oreille que de l'autre.

Ces sortes de crises qui sont aujourd'hui uniquement sensorielles, reviennent très fréquemment depuis qu'elle est à l'hôpital, parfois deux ou trois fois par jour, prétend-elle.

La malade présente en outre toujours de la polyurie. Elle boit un litre de liquide à chaque repas, autant entre les repas. Autre fois elle se relevait deux ou trois fois la nuit pour boire.

La mémoire est sensiblement meilleure qu'à l'entrée, l'intelligence plus éveillée.

Dans le courant de l'année 1893, en présence du peu d'action de la médication spécifique sur les absences de la malade, on soumet celle-ci au traitement bromuré régulier. Amélioration très manifeste. Elle-même reconnaît que c'est le seul médicament qui lui ait fait quelque chose.

Au 15 septembre 1893, les absences sont moins fréquentes (deux à trois par semaine). En outre, la malade *ne voit plus rien*. Elle entend toujours quelque chose, un air gai, dit-elle, et pas toujours le même, pas plutôt d'une oreille que de l'autre. L'hémianopsie persiste telle qu'elle était, la malade s'y est habituée.

La médication bromurée est continuée.

1894. L'amélioration est considérable. La malade n'a plus d'hallucinations ; elle éprouve seulement de temps à autre une ébauche d'absence. Lorsqu'elle suspend le bromure, il se produit une légère recrudescence. Elle entre comme infirmière à l'hôpital et fait parfaitement son service. L'hémianopsie persiste.

Les particularités importantes de cette observation se résument ainsi : Syphilis contractée en 1882. Cinq ans plus tard, accidents cérébraux de la plus haute gravité ; vomissements, inertie des quatres membres avec paralysie de la déglutition, perte de la mémoire, hémianopsie gauche. Traitement spécifique ; guérison au bout de plusieurs mois. Deux ans plus tard, hémianopsie latérale droite qui persiste définitivement. Puis surviennent des absences offrant le caractère comitial, avec quelques convulsions limitées au visage.

Ultérieurement, les convulsions des muscles du visage disparaissent, mais les absences s'accompagnent d'hallucinations visuelles dans la partie du champ de la vision qui est abolie. L'hallucination est remarquable par son caractère singulier et par sa persistante uniformité,

C'est une figure d'enfant renversée dont les deux yeux et le front seulement sont bien nettement apparents. Il s'y joint quelques hallucinations auditives, mais beaucoup moins précises et moins constantes, et n'ayant pas le caractère unilatéral. Ces absences hallucinatoires reviennent fréquemment pendant plus d'une année avec le caractère comitial.

Le traitement bromuré amène une amélioration considérable et finalement les absences, très atténuées, ne s'accompagnent plus d'aucun phénomène hallucinatoire.

Il s'agit dans ce cas d'un phénomène comparable aux hallucinations unilatérales que les aliénistes connaissent bien. Toutefois, il est à noter que le fait précédent, aussi bien que les suivants qui s'en rapprochent beaucoup, sont en dehors du cadre de l'aliénation mentale, et rentrent dans les manifestations des lésions organiques localisées du cerveau.

La littérature renferme quelques observations analogues sinon identiques à la précédente. Seguin (*Journal of nerv. and mental dis.*, août 1886) a rapporté l'histoire d'une femme de 34 ans, qui eut, à la suite d'un accouchement, une embolie cérébrale ; il en résulta une disparition subite de la vision dans la moitié droite du champ visuel. Au moment même où se produisait l'hémianopsie, la malade eut quelques hallucinations simples : elle vit une chaise, une poule.

Seguin considère le phénomène comme lié à l'irritation du centre cortical visuel précédant sa destruction, et il le compare aux résultats de l'excitation corticale motrice localisée.

Dans le livre de M. Féré (1), le fait est très explicitement mentionné à propos des hallucinations des épileptiques. Il s'agit d'un vieillard de 79 ans qui, à la suite d'une attaque d'épilepsie hémiplégique gauche, eut de l'hémianopsie homonyme du même côté, de la diminution de la sensibilité tactile et de la perte du sens musculaire dans le bras gauche. Phénomène singulier, il eut à la suite des hallucinations persistantes du toucher. Sentant des corps étrangers dans sa main gauche, il les jetait pour s'en débarrasser ; c'était tantôt une pomme, un manche à balai, tantôt de menus objets comme une aiguille à tricoter. En même temps il *voyait sur le côté gauche* de son lit

(1) *Les Épilepsies et les Épileptiques.* Paris, 1890.

des paquets qu'il voulait repousser de la main alors qu'il n'apercevait pas les objets réels dans cette partie.

Peterson, en 1890 *(New-York medical Journal)*, publiait l'histoire, analogue et non moins curieuse, d'une femme de 44 ans qui, à la suite d'hémorrhagies postpuerpérales profuses, eut des troubles graves de la vue : d'abord vision indistincte avec brouillard autour des objets, puis hémianopsie gauche homonyme. Au bout d'une semaine, des hallucinations apparaissent dans la partie obscure du champ visuel ; des chats, des chiens et des enfants alignés à la file. Les enfants formaient une procession, marchant en cercle, les animaux restaient immobiles. Ceci continua sans aucune variation, ni interruption, sauf pendant le sommeil, quatre semaines durant. L'activité de l'hallucination, l'apparence de vie de cette scène singulière était plus intense au moment de la fatigue ou pendant les maux de tête.

Il nous faut mentionner encore quatre observations antérieures de Henschen (1) se rapportant à un type clinique caractérisé par l'hémiplégie accompagnée d'une hémianopsie avec hallucinations. Il y eut autopsie dans deux cas. Dans le premier on trouva des zones de ramollissement dans le lobe occipital droit, la capsule interne et les radiations frontales. Dans le second, où l'on observa en outre cliniquement la cécité psychique, la cécité verbale avec agraphie, il y avait ramollissement du cunéus, du lobule lingual et du thalamus du côté droit (les hallucinations avaient été à gauche).

Bidon, en 1891 *(Revue de médecine)*, a fait connaître l'observation suivante : Un alcoolique de 59 ans eut un ictus non suivi d'hémiplégie, mais auquel succéda une hémianopsie gauche homonyme avec légère obnubilation cérébrale : il voyait des personnages imaginaires vers sa gauche. Les fonctions cérébrales furent récupérées, mais l'hémianopsie persista définitivement. De plus, ces hallucinations durèrent encore pendant une quinzaine de jours, consistant en fantômes aux costumes bizarres, ombres informes, tableaux confus aux couleurs ternies. Le malade se rendait compte de la fausseté

(1) *Klinische und anotom. Beiträge zur Pathologie des Gehirns.* Upsala 1890.

de ses sensations et ne s'en occupait plus ; mais il les percevait néanmoins.

Tout dernièrement enfin, Higier (*Wiener Klinik,* juin 1894) en publiait deux nouveaux cas. 1° Une femme de 46 ans, sans antécédents, éprouva des céphalalgies intermittentes qui se localisèrent au côté gauche de la tête. Survint, au bout de quelques jours, une *hémianopsie homonyme droite* permanente. Au cours des accès de céphalée, la malade avait des hallucinations dans la moitié droite du champ visuel. Elle voyait une foule de soldats, habillés dans les costumes les plus fantastiques, marchant de droite à gauche pour disparaître à l'horizon sur la ligne médiane ; ou bien un jardin, de jolies fleurs, etc... Elle voit les fleurs, mais ne sent pas les odeurs ; de même, elle n'entend pas le cliquetis des armes quand elle aperçoit les soldats en marche. Le tout guérit dans quelques semaines ; il n'y avait point lieu de supposer l'existence d'une lésion organique.

2° Le second cas se rapporte à une femme de 24 ans, syphilitique, qui présente des accidents cérébraux graves : hémiparésie, paralysie du moteur oculaire commun du même côté, hémianopsie gauche homonyme. Ultérieurement, elle eut des céphalées occipitales et une série d'accès épileptiques qui dura vingt-quatre heures. Ces crises comitiales furent précédées d'hallucinations hémianopsiques gauches : elle voyait une jeune fille aux cheveux bouclés qui se promenait. A quelques jours de là, elle eut une nouvelle crise d'hallucinations analogues. Le tout guérit par le traitement spécifique.

Tous les faits qui précèdent montrent avec le nôtre les plus grandes analogies.

Le phénomène dominant est l'existence d'hallucinations dans une partie du champ de la vision où les objets extérieurs ont cessé d'être perçus. La précision, le caractère d'*objectivité,* en quelque sorte, de ces phénomènes hallucinatoires, est noté par les malades dans tous les cas, et leur bizarrerie parfois contribue à mettre en évidence leur uniformité remarquable. L'absence d'hallucinations concordantes dans la sphère des autres fonctions sensorielles est constante : la malade d'Higier voit de jolies fleurs, mais n'en perçoit pas l'odeur; elle aperçoit une armée en marche, mais n'entend pas le cliquetis des armes.

Cette particularité explique que les sujets aient généralement conscience de la fausseté de leurs visions et que *les fonctions intellectuelles ne soient généralement point troublées.*

Ces apparitions fantastiques ou simples peuvent-elles être rattachées à un événement antérieur de la vie des malades ? Sont-ce des réveils de souvenirs concrets ? Ou des associations fortuites d'images sans lieu ? Il est difficile de répondre ; la dernière hypothèse semble la plus probable. L'incohérence des visions, en effet, se rapproche souvent de celle des rêves. Dans notre cas où l'hallucination était d'une netteté ou d'une simplicité parfaite (un visage d'enfant souriant), il a été impossible de trouver un lien entre le phénomène et un souvenir quelconque de la malade.

Dans la plupart des cas, les hallucinations sont transitoires, tandis que l'hémianopsie persiste. Il faut faire exception pour l'observation de Peterson où la vision singulière de la malade (enfants marchant en procession) dura quatre semaines sans interruption, sauf pendant le sommeil. Dans tous les cas, les phénomènes d'excitation sensorielle semblent constituer une phase passagère n'ayant qu'une durée limitée de quelques semaines (Peterson) à quelques mois, ou un an (comme dans notre cas), alors que l'abolition de la fonction correspondante peut être définitive.

Parfois l'hallucination se montre seulement au moment où l'hémianopsie se produit, pour ne plus reparaître dans la suite, comme dans le cas de Seguin, rapporté à une embolie de l'artère occipitale.

Notre observation personnelle s'écarte des autres toutefois par un point.

L'hallucination visuelle a pris les allures d'une véritable épilepsie sensorielle, tant par son caractère de paroxysme éphémère que par sa coïncidence avec un léger degré d'obnubilation cérébrale. Ajoutons qu'au début l'absence s'accompagnait de quelques mouvements convulsifs de la face, c'est-à-dire d'épilepsie partielle motrice. Une seule observation se rapproche un peu de la nôtre à cet égard, c'est la seconde d'Higier : les hallucinations se produisent en même temps que des crises passagères de céphalées localisées.

Si l'on peut rapprocher cette forme d'hémianopsie hallucina-

toire de quelque syndrome déjà connu en neuropathologie, c'est la *migraine ophtalmique* qui se présente immédiatement à l'esprit.

On sait que certaines migraines ophtalmiques accompagnées se compliquent, au moment des accès, d'une hémianopsie passagère, qui parfois persiste dans l'intervalle de ceux-ci, et peut même devenir permanente au bout d'un certain temps.

D'autre part, le scotome scintillant de la migraine n'est qu'une hallucination *hémianopsique* la plupart du temps. Ajoutons qu'il n'est pas rare de voir la migraine ophtalmique *combinée à l'épilepsie partielle motrice* (Féré) de la même façon que dans notre cas D... ; les crises d'épilepsies sensorielles s'accompagnaient, au début, de convulsions localisées à la face.

Où localiser le trouble fonctionnel ou bien la lésion organique qui tient sous sa dépendance le syndrome en question ? Assurément dans l'écorce cérébrale, au moins en ce qui concerne les hallucinations visuelles. Si l'on peut admettre que l'excitation des conducteurs centripètes donne naissance à des phénomènes subjectifs en rapport avec la fonction à laquelle ils se rattachent, il est hors de doute que la reviviscence d'images d'un ordre aussi élevé que dans le cas présent, implique la participation des *centres supérieurs* de l'idéation, c'est-à-dire de l'écorce.

La lésion occupe donc la sphère corticale visuelle, c'est-à-dire l'*écorce occipitale*.

Or il nous faut admettre une localisation rendant compte de l'*hémianopsie en même temps*. La liaison des deux phénomènes entre eux est trop évidente ici pour qu'il en soit autrement. Nous sommes par là amené, d'après les données actuelles, à la placer à la face interne du lobe occipital, au voisinage de la scissure calcarine. La lésion incriminée dans notre cas est *seulement corticale*, selon toute vraisemblance, ou du moins elle n'intéresse pas la continuité des radiations optiques, car en ce cas l'hémianopsie se fût accompagnée de troubles de la sensibilité générale. Il s'agit d'une plaque de méningo-encéphalite syphilitique probablement. Notons en passant que c'est là une localisation relativement rare de la syphilis cérébrale ; l'hémianopsie homonyme est d'ailleurs un symptôme très peu commun au cours de celle-ci.

Conclusions. — *En résumé :* Certaines hémianopsies d'origine corticale s'accompagnent d'hallucinations visuelles dans la partie du champ de la vision dont la fonction est abolie. Ces hallucinations, généralement remarquables par leur caractère de *précision* et par *l'uniformité* avec laquelle elles se répètent chez un même malade, ne s'accompagnent dans la règle, *d'aucune idée délirante*, et constituent un trouble psychique isolé. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un phénomène d'excitation ayant pour siège la sphère visuelle du lobe occipital, comparable aux phénomènes d'excitation motrice de l'épilepsie jacksonienne, et lié à la présence d'une altération localisée de la substance corticale.

Comme le prouve l'observation rapportée plus haut, les hallucinations de ce genre peuvent se manifester sous la forme clinique d'une *épilepsie sensorielle* surajoutée à une hémianopsie permanente.

M. Joffroy (de Paris). — Paralysie générale a forme tabétique

Dans le courant de l'année 1890 je fus consulté par un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., sans aucun trouble cérébral.

L'année suivante j'envoyai ce malade à Lamalou et, à son arrivée, on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage ; peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année le malade entra dans mon service avec un accès maniaque violent, à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg.

L'examen histologique de la moelle a donné les résultats suivants :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervi-

cale de la moelle épinière, on trouve les racines saines; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Au niveau de la région cervicale les modifications sont profondes. Il existe de la méningite et, dans les cordons de Goll et la zone voisine de la commissure postérieure, on observe les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures on constate des lésions, mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zone latérale des cordons postérieurs.

Sur une coupe de la région dorsale moyenne on voit: l'épaississement des méninges avec périartérite, dans les cordons postérieurs les mêmes lésions que sur la coupe précédente et, au niveau des racines postérieures, des lésions qui, sans être très profondes, le sont plus que sur la coupe précédente.

Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé) on n'a plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

Dans la région dorso-lombaire on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

Sur des coupes de la région lombaire il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, nous voyons qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de détail: d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes sur une

grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique. C'est en réalité à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique que j'ai eu affaire dans ce cas. Au point de vue clinique, il faut remarquer l'amélioration si remarquable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg.

Ces faits ne sont pas absolument isolés; j'ai déjà publié l'observation de deux malades analogues. Pendant dix ans, on observa chez l'un d'eux les symptômes du tabes au complet; puis survinrent les signes de la paralysie générale avec disparition des symptômes d'incoordination et du signe de Romberg. En résumé, malgré des analogies considérables, il y a dans ces faits des différences, tant au point de vue des symptômes qu'à celui des lésions.

M. P. Londe (de Paris). — Sur deux cas familiaux d'Hérédo-Ataxie cérébelleuse (1).

J'ai observé, dans le service de M. le Dr Albert Robin, deux nouveaux cas familiaux d'hérédo-ataxie cérébelleuse (2) semblables à celui que mon Maître, M. le Dr Brissaud a déjà publié avec moi. Il s'agit du frère et de la sœur, Charles et Eugénie Poul...., atteints de cette maladie, exactement au même âge, 26 ans, de la même façon. Mais comme Charles P... a actuellement 29 ans, tandis que sa sœur en a 37, ils représentent actuellement deux périodes différentes de la même affection.

L'incoordination musculaire s'est révélée chez eux dès le début à la fois dans la marche, les mouvements des membres supérieurs et pendant la parole. Il s'y ajoutait des symptômes neurasthéniques tels que céphalées matinales, rachialgie, sensations de fatigue et courbature.

Actuellement Charles P... présente un léger degré de titubation avec *élargissement* de la base de substentation et mouvements incoordonnées ; du *tremblement* intentionnel des membres supérieurs; des contractions exagérées du visage pendant la *parole* qui est difficile, irrégulière, saccadée et

(1) Communication déjà publiée dans la *Revue Neurologique* de 1894.

(2) *Revue Neurologique*, 1894, nº 5.

explosive ; l'écriture est tremblée, presque illisible ; les traits sont formés de « pleins » et de « déliés » se succédant sans transition, ce qui leur donne un aspect *pointillé* ; il existe un très léger degré de *scoliose* à grande courbure convexe à gauche et dépression sous-claviculaire droite ; les *réflexes rotuliens sont exagérés* surtout du côté droit où l'on observe parfois un peu de clonus. Du côté des yeux quelques *oscillations non rythmées* et intermittentes du globe dans le regard latéral *(Examen de M. Kœnig)*. Mais il n'existe ni dyschromatopsie, ni rétrécissement du champ visuel, ni diminution de l'acuité visuelle, ni de lésions du fond de l'œil. Les autres signes négatifs sont : l'absence de diplopie et de vertiges ; *l'absence de signes de Romberg* ; *la conservation du sens musculaire* (sensation de poids et de position) ; pas de pied bot, absence de troubles suggestifs et objectifs de la sensibilité sauf ce qui m'a été dit ; pas de troubles vésicaux ; pas de troubles intellectuels sauf un peu de *tristesse* et d'irritabilité, etc.

Le début a été le même chez la sœur que chez le frère, sans infection préalable appréciable ; la sœur aurait eu, cependant, en plus de l'amblyopie passagère et une certaine dysphagie. La maladie s'est particulièrement accentuée après un accouchement, fait déja signalé dans d'autres observations.

Actuellement elle ne *peut plus marcher*, ni même se tenir debout sans être soutenue sous les deux bras. Si on la fait marcher dans ces conditions, elle offre une incoordination excessive ; elle *lance* ses jambes en avant comme une tabétique et l'on ne peut constater chez elle la *titubation* qu'elle a eue, paraît il, très nettement. En revanche elle offre une certaine raideur des membres inférieurs. Elle a des secousses choréïformes, du tremblement de la tête, un *tremblement* intentionnel des membres supérieurs beaucoup plus marqués que son frère. La *parole* offre les mêmes caractères que chez ce dernier mais un peu plus accentués. Les autres signes positifs sont les mêmes : exagération des *réflexes rotuliens*, *scoliose*, contractions exagérées des muscles du visage ; il lui est très difficile, sinon impossible de fixer son regard, surtout latéralement ; alors elle a un peu de *nystagmus rotatoire*. — Depuis un an elle aurait, en outre une certaine difficulté pour uriner, ou tout au moins elle ne pourrait uriner au commandement quand elle en a envie.

A part le trouble vésical la malade présente exactement les mêmes signes négatifs que son frère.

En somme on voit que la plupart des différences que les deux malades offrent entre eux s'expliquent par l'âge différent de la maladie chez chacune d'eux.

Nous ajouterons que Charles et Eugénie P..., ont une sœur de 22 ans qui n'est probablement pas du même père. Elle aurait cependant de temps à autre, d'après son dire, une ébauche de titubation.

Le fils d'Eugénie P..., qui a 13 ans, a du tremblement intentionnel des mains, de *l'exagération* très nette des réflexes rotuliens, les autres réflexes tendineux y compris le massétérien, seulement prononcés, et un peu de raideur dans les mouvements en général, maïs sans démarche spasmodique.

Le frère du précédent, qui a 7 ans et demi, a *pissé tard* au lit. La mère marchait déjà de travers avant de le porter.

Charles P...,a un enfant de 5 ans bien portant. Le père et la mère de Charles et Eugénie P..., étaient *cousins germains*. Leur mère a eu deux fausses couches à 7 mois avant d'avoir ses trois enfants,

Leur père est mort à 41 ans après avoir eu plusieurs maladies: « engorgement du poumon, tumeur au coude, tumeur à l'estomac. » Leur grand-père paternel est mort à 50 ans; il avait « les sangs brûlés ».

Nous n'avons pas pu, malheureusement, avoir des renseignements plus complets sur l'histoire de cette famille intéressante. La mère des malades atteints d'hérédo-ataxie cérébelleuse a-t-elle eu la syphilis ?

Il eût fallu éclaircir ce point.

Nous remarquerons que le fils aîné d'Eugénie P..., n'est pas un sujet normal. Il est difficile de donner un nom aux symptômes que nous avons notés. Mais, dès maintenant, on peut supposer que si ces symptômes évoluent, ils ne revêtiront pas la forme de la maladie de la mère et de l'oncle. Ils seraient plutôt à rapprocher du tabes dorsal spasmodique.

Quant à la sœur de Charles et d'Eugénie P..., Zoé P..., il est impossible de dire si elle échappera à la maladie de son frère et de sa sœur, puisqu'elle n'a que 22 ans et que ceux-ci ne sont tombés malades qu'à 26 ans.

Revenons sur l'histoire de nos malades.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic. Les symptômes rapportés plus haut suffisent à écarter l'idée de maladie de Friedreich, de sclérose en plaques. La seule hypothèse qui pourrait être mise en discussion, la seule étiquette possible est *hérédo ataxie cérébelleuse*. Il s'agit de ce type morbide voisin de la maladie de Friedreich que M. Marie a décrit en se fondant sur des observations de Bonne, Fraser, Sanger-Brown, Klippel-Durante.

L'histoire des malades précédents mérite d'être rapprochée particulièrement de l'observation que nous avons déjà publiée avec M. Brissaud dans la *Revue neurologique*. Notre malade d'alors, comme les sujets dont il a été question ici, n'avait *pas non plus de troubles visuels*, contrairement à la généralité des faits groupés par M. le Dr P. Marie.

En somme, l'attitude générale de ces malades, serait absolument celle de la maladie de Friedreich, s'il n'existait une très vive exagération des réflexes rotuliens et en dehors de la notion de début tardif. Mais on sait que celui-ci s'observe aussi dans le type de Friedreich (Ex. obs. d'Auscher). De semblables faits, qui se rapprochent des types de Friedreich et de M. Marie, seraient en faveur de leur unité au point de vue nosographique et, par conséquent, de la théorie cérébelleuse de la maladie de Friedreich émise par Menzel et récemment défendue par Sénator. D'ailleurs, sans aller aussi loin que ce dernier auteur, qui pense qu'il y a toujours altération du cervelet dans cette maladie, il suffisait d'admettre que le cervelet est toujours troublé dans son fonctionnement parce que le système cérébello-médullaire est pris au moins dans sa portion médullaire.

Si, par sa nature, l'hérédo-ataxie cérébelleuse est très voisine de la maladie de Friedreich, au point de vue symptomatique, elle offre une grande analogie avec la sclérose en plaques. M. Brissaud avait insisté sur le diagnostic à la Salpêtrière, à propos de notre première malade. Il n'y a, pour ainsi dire, pas de signe vraiment différentiel. La sclérose qui, d'ailleurs, n'est pas constante dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, peut se rencontrer dans la sclérose en plaques, comme Heillion en rapporte des exemples dans sa thèse. Les troubles visuels qui distinguent l'hérédo-ataxie du type de Friedreich, la rapprochent, au

contraire, de la sclérose en plaques, à savoir : dyplopie, vertiges, décoloration blanchâtre de la papille, avec ses conséquences, dyschromatopsie, diminution de l'acuité visuelle, retrécissement du champ visuel. On observe parfois, dans les deux cas, des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité. Les sphincters sont généralement respectés dans les deux maladies.

Le caractère familial lui-même s'est rencontré dans la sclérose en plaques, à en croire les deux observation de Deschfeld, rapportées par M. Marie dans son mémoire sur la sclérose en plaques chez les enfants. Il ne reste, comme signe distinctif, que la marche différente qu'affectent les deux affections, l'une lentement progressive, l'autre offrant parfois des rémissions.

M. Charcot disait volontiers que la maladie de Friedreich emprunte sa symptomatologie à la fois au tabes et à sclérose en plaques. L'hérédo-ataxie l'emprunte à la sclérose en plaques et à la maladie de Friedreich.

Observation d'Eugénie P...

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans la première enfance. La malade n'a été réglée qu'à 16 ou 17 ans.

Premier enfant il y a treize ans. Second enfant, 8 ans et demi.

Avant *la seconde grossesse* la malade marchait déjà de travers, parlait mal et s'étranglait en avalant ; la malade dit très affirmativement qu'elle marchait comme quelqu'un qui est *ivre*.

Pendant la grossesse, la maladie n'a pas augmenté sensiblement, mais, après l'accouchement, il y a eu une *aggravation* sensible ; à ce moment est apparue une sensation de malaise général.

Début de la maladie : il y a 10 ans.

La maladie paraît avoir débuté par des phénomènes oculaires. Elle aurait eu de l'*ambloypie bilatérale* pendant plusieurs années (?).

Ensuite, on aurait remarqué des modifications dans le *parler* de la malade. La malade s'est mise à parler lentement et « avalait la moitié des mots » elle aurait eu à cette époque une certaine dysphagie. La malade s'est mise à *marcher de travers* comme si elle était ivre.

Les *mouvements incoordonnés* seraient apparus peu de temps après le début, ils ont commencé dans les gros membres, du *coté droit*.

La malade signale des *céphalées frontales*, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, surtout le matin. Elle se sentait beaucoup plus fatiguée qu'à l'ordinaire dès le *matin*, elle souffrait aussi des reins.

Pas de douleurs dans les jambes, mais des *crampes*.

Pas de diplopie.

Pas de troubles sphinctériens. Cependant, depuis un an, elle serait obligée d'attendre un peu *pour uriner quand elle en a envie.*

Elle ne va à la garde-robe que tous les huit jours.

Pas de vertiges.

Etat actuel. — La malade se présente avec un *tremblement de la tête*, caractérisé surtout par des oscillations de droite à gauche. Il y a, en même temps, un certaine raideur dans les mouvements et de la tendance à la rotation de la tête à droite. La démarche semble *spasmodique* en ce sens que la malade paraît avoir de la peine à détacher les pieds du sol. La malade *lance les jambes* en avant comme une tabétique.

Tremblement général du corps pendant la marche qui, d'ailleurs, n'est possible qu'avec l'aide d'un soutien des deux côtés (depuis deux ans).

La malade se tient debout sans aide et, dans cette attitude, elle fait quelques mouvements oscillatoires avec quelques *secousses choréiformes* dans les épaules. Elle a grand peine à se tenir en équilibre.

Tout tremblement disparait lorque la malade est couchée horizontalement dans son lit.

Examiné aux membres supérieurs, le tremblement apparaît avec le caractère nettement *intentionnel.*

La malade peut porter un verre à demi plein d'eau jusqu'à sa bouche, mais à ce moment, il survient des oscillations capables de projeter le liquide.

Le tremblement est égal des deux côtés. En outre (quand on fait tendre les deux mains de la malade) outre le tremblement (tremblement qui ressemble à celui de la sclérose en plaques) on observe des *mouvements désordonnés* des doigts tout à fait analogues à ceux de la chorée de Sydenham.

Quand on dit à la malade de toucher son nez avec le bout de l'index elle se met à trembler assez fortement au point d'arrivée.

Il n'existe pas de diminution de la force musculaire aux membres inférieurs ni aux membres supérieurs. Cependant la malade serre faiblement la main, sans saccade, également d'ailleurs des deux côtés. Pas de prolongation de la contraction musculaire,

Il n'existe pas de *nystagmus* spontané, mais on peut le provoquer dans la direction du regard à droite ou à gauche. Pas de dyschomatopsie ni probablement de rétrécissement du champ visuel.

La malade dit qu'elle *ne peut fixer* longtemps, la faculté d'at-

tention est probablement diminuée ; il est vrai que la malade est dans une certaine mesure obtuse.

Au repos le visage est un *peu asymétrique*, le pli naso-génien est plus marqué du côté droit, en même temps la commissure labiale droite n'est pas abaissée. Quand la malade ouvre la bouche, la bouche s'ouvre à droite, mais avec peine à gauche et semble entraînée du côté gauche et en haut.

La malade tire la langue qui est à peine déviée à droite. Elle est tremblotante. La parole est *irrégulière, inégale, saccadée.* Il n'y a pas de scansion. La voix est *monotone*, un peu explosive et, pendant le parler, il existe des *contractions exagérées* de la face, surtout du côté droit, et la lèvre inférieure se trouve attirée en bas et à droite.

A l'inspection du dos, on observe une légère *scoliose* à convexité *gauche*, dorsale, à grande courbure. La malade se penche toujours à droite et l'épaule droite est notablement abaissée.

Les *réflexes rotuliens* sont très exagérés des deux côtés, mais sans clonus du pied. Aux membres *supérieurs* les réflexes tendineux sont exagérés, mais dans une moindre mesure.

Pas de troubles de la sensibilité générale.

Pas d'abolition du réflexe plantaire.

Pas de troubles de la sensibilité spéciale.

L'*ouïe* est à peine moindre à gauche qu'à droite (mais la malade aurait eu, dans sa jeunesse, un écoulement de cette oreille).

Sens musculaire(?)

Quand on dit à la malade de toucher un point déterminé de son corps, par exemple l'un de ses genoux, avec la main, elle y arrive aussi mal les *yeux fermés* que les yeux ouverts.

La sensation de poids paraît conservée aux membres supérieurs.

L'examen du *larynx*, fait par M. Castex, a été négatif ; ni tremblement, ni paralysie.

Examen de M. Kœnig. — Sœur aînée. — On remarque que, quand on sollicite les mouvements de latéralite, ceux-ci sont désordonnés. Il est très difficile d'obtenir que les yeux restent en place en forçant le regard de latéralité à droite ou à gauche. Les yeux ne gardent pas longtemps cette position, et reviennent, après avoir présenté plusieurs secousses, dans la position en haut et se cachent sous les paupières. La malade ne peut fixer longtemps le même objet. L'élévation et l'abaissement, au contraire, se font sans difficulté. Il y a quelques oscillations non rythmées ; c'est du nystagmus rotatoire surtout ;

Les pupilles réagissent normalement. Pas de vice de réfraction,

Papilles normales. Difficulté de l'examen ophthalmoscopique à cause du défaut de stabilité, Habituellement les paupières sont toujours tombantes.

Acuité visuelle normale.

Pas de dyschsomatopsie. Champ visuel normal.

Observation II. de Charles P...

Examen du malade. — Elevé au sein par sa mère — Première enfance facile — Epistaxis fréquents depuis l'âge de quinze ans jusqu'au moment où a commencé la maladie. Etant jeune le malade parlait très bien. Il chantait et avait même une certaine réputation parmi ses camarades. Pas de rhumatisme, ni fièvre typhoïde, ni scarlatine grave.

Début de la maladie. — C'est après une vive *contrariété* que la maladie paraît avoir commencé, vers l'âge de 26 ans, par les troubles de la parole — il s'était fâché avec son beau-père à cause de sa femme, il avait beaucoup de tourments. Il chantait encore, mais on trouvait qu'il parlait plus difficilement (début vers mars 1891).

A peu près vers la même époque, le malade, qui était occupé à couper son bois s'aperçut que son coup n'était plus sûr (Le malade ne peut pas indiquer la succession des symptômes). *A peu près en même temps* on remarqua qu'il *marchait de travers* comme un homme ivre, à tel point que l'entourage se demandait s'il n'avait pas bu un coup.

Toujours vers la même époque son caractère changea, il devint beaucoup plus irritable, il se contrariait lui-même.

Dès cette période il avait *des maux de* tête sur la région frontale, plus prononcés le matin « Ça lui pesait sur la tête », dit-il.

Les jambes lui faisaient mal dès qu'il se levait Cette *sensation de fatigue* était localisée aux jambes, il n'éprouvait rien au tronc.

Suivant l'usage des Bourguignons il vient travailler à Epinay-sur-Seine en juin 1891

Le 22 juillet 1891 il vient consulter à la Salpêtrière. A l'examen rapide de la consultation on constata des signes de *neurasthénie* et il reçut un bon pour l'examen des yeux, mais cette examen ne fut pas fait pour une raison accidentelle.

Le malade a suivi le traitement indiqué à la Salpêtrière pendant quinze jours.

Il retourna à Epinay, mais comme il était gêné dans son travail, « *l'équilibre lui manquait* », il rentra à Val de Marcy.

De retour chez lui, il vit le docteur H... qui lui donna de l'iodure de potassium.

Un autre médecin le soigna pour une maladie de la colonne ver ébrale, et lui fit des pointes de feu dans le dos.

A partir de ce moment, il ne lui fut plus possible de travailler, la marche pourtant ne le fatiguait pas, et même, dit-il, *il marchait mieux après avoir fait un kilomètre par exemple*. Déjà quand il a fait un vingtaine de mètres, il se sent plus à l'aise. Dans l'obscurité, *l'incertitude de la marche* augmente notablement : il a besoin de *regarder ses pieds* en marchant. Pour monter et descendre les escaliers il faut qu'il se tienne. Volontiers il marche le long des murs. Depuis cette époque le mal aurait empiré progressivement. Les maux de tête sont devenus, en particulier, plus fréquents.

L'équilibre lui fait de plus en plus défaut. Quand il se sent entraîné dans un côté la tête lui tourne. Et, cependant, il n'a jamais de vertige à proprement parler, jamais non plus de diplopie.

Peu après le début de la maladie, *l'écriture* est devenue de plus en plus difficile, et les mains ont commencé à trembler pendant le repas.

Depuis six mois environ, le malade à fréquemment froid aux pieds. Pas d'engourdissement, ni de picotement dans les jambes, pas de troubles vésicaux, pas de constipation, pas de troubles digestifs, pas de perte de la mémoire.

Quelquefois crampes dans les jambes. Il est toujours fatigué, n'a de courage à rien.

Etat actuel. — Nous avons fait venir le malade à Paris, d'après les renseignements de sa sœur qui disait que son frère marchait comme elle marchait elle-même au début de sa maladie. Le malade offre une physionomie plus symétrique que celle de sa sœur. Sa démarche est caractéristique. Il porte le haut du corps penché en avant en même temps qu'il cambre les reins, il écarte très notablement les pieds pour élargir sa base de sustentation.

L'épaule droite est légèrement abaissée. Le *tronc vacille* des deux côtés également. Par moment il titube et se trouve entraîné d'un côté ou de l'autre. En un mot sa démarche est tout à fait celle de la maladie de Friedreich.

En outre il talonne sensiblement et cela peut être considéré comme une ébauche de la démarche de sa sœur.

Il a bien plus de tendance à perdre l'équilibre latéralement que dans le sens antéro-postérieur.

Debout, au repos, le malade présente quelques oscillations et secousses choréiformes de la tête et du tronc. Si on lui fait fermer les yeux ce phénomène n'augmente pas,

Donc *pas de signe de Romberg*. Mais cela le gêne beaucoup de fermer les yeux en marchant ; il avance alors avec infiniment de précautions, sans toutefois perdre l'équilibre.

Il n'a pas non plus le signe sur lequel M. Brissaud a attiré l'attention dans l'examen du sens musculaire. Il peut marcher les jambes à demi-fléchies, contrairement à un tabétique, par exemple.

Pour monter l'escalier il est obligé de mettre les deux pieds sur la même marche, ou bien il est obligé de se tenir à la rampe. Difficulté pour se lever une fois assis.

Il trouve qu'il a encore plus d'incertitude dans les membres supérieurs. Il a, en effet, du tremblement intentionnel au point d'arrivée.

Le malade est gaucher pour manger, mais droitier pour écrire.

L'incoordination n'augmente pas, ou à peine, les yeux fermés. Quand il ramasse une épingle sa main ne plane pas à proprement parler.

Le sens musculaire proprement dit paraît conservé (sensation de poids).

Le sens de la position des membres paraît egalement intact aux membres supérieurs et inférieurs.

Pas de prolongation de la contraction musculaire.

Pendant l'écriture on observe une véritable ataxie; l'écriture est tremblée, *saccadée*; les traits sont inégaux, formés de coups de plume multiples. Le tout est à peu près lisible.

La parole du malade est tout à fait celle de sa sœur : elle est irrégulière, *saccadée*, inégale, explosive, l'expiration n'est pas réglée. Il y a une véritable ataxie de la parole. Pas de scausion. Le malade n'avale pas les syllabes à proprement parler, mais glisse sur certaines d'entre elles avec une grande rapidité.

La tête ne tremble pas à proprement parler mais de temps en temps, on y observe une ou deux secousses chroréiformes. *Les réflexes rotuliens* sont exagérés, surtout du côté droit. De ce côté on observe parfois un léger clonus du pied. Pas d'exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs. Pas de tremblement de la langue.

Scoliose à grande courbure à convexité gauche.

Pas de diminution de la faculté d'attention.

Ouïe, goût, odorat intacts.

Rien au larynx (examen de M. Mendel), sauf que le malade ne peut plus chanter parce que sa langue ne tourne plus à sa volonté, dit-il.

Pas de voix multitonale. La voix n'est pas monotone. La sensa-

tion du sol sous les pieds est conservée. En mangeant le malade s'étrangle un peu plus souvent qu'autrefois.

Pas de diminution de la force musculaire, ni de prolongation de contraction musculaire, ni de saccades dans la contraction. Pas de ptosis.

Pas de troubles intellectuels.

Pas de diminution de la force virile.

Réflexes plantaires conservés, mais faibles.

Pas de troubles de la sensibilité générale.

Rien au cœur.

Dynamomètre. — (14 juin). — 45 à droite, 40 à gauche.

Examen des yeux par M. Kœnig. — Quelques oscillations non rythmées et intermittentes dans le regard latéral.

Pas de diminution de l'acuité visuelle, pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de dyschromatopsie.

Pas de lésion du fond de l'œil.

Pupilles réagissant bien.

MM. Klippel et Serveaux (de Paris). — Contribution a l'Étude de l'urine dans la Paralysie générale

Il est toujours d'un grand intérêt d'étudier la nutrition dans les différents états pathologiques, mais cet intérêt croit encore quand il s'agit des maladies nerveuses ou mentales, car les modifications des échanges nutritifs nous montrent qu'elles sont exactement les conséquences des altérations anatomiques et physiologiques du système nerveux sur la vie végétative.

On peut même espérer, dans certains cas, au moyen de la connaissance de ces échanges nutritifs vicieux, remonter à la cause et faire ainsi, dans des circonstances difficiles, un diagnostic douteux, ou la preuve d'un diagnostic probable.

Pour bien connaître la nature et la valeur de l'évolution des éléments de la nutrition, il faut tout d'abord étudier les excrétions de l'individu et surtout l'urine.

C'est ce qui nous a engagé à entreprendre, d'après le conseil et sous la direction de notre excellent maître, M. le professeur Joffray, ce travail sur l'urine des paralytiques généraux, qui a

pour but la détermination de la formule urinaire exacte de la paralysie générale.

Dans notre pensée, cette formule servira de préface à l'étude de la nutrition dans cette maladie, espérant qu'on pourra peut-être arriver par la suite à un élément de diagnostic important, d'autant plus important que le début de la paralysie générale est plus obscur.

L'URINE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE D'APRÈS LES AUTEURS.

Nous n'avons point la prétention de faire ici un historique complet des travaux sur l'urine des paralytiques généraux et nous espérons que les auteurs que nous n'auront point cités voudront bien nous pardonner notre omission; nous voulons simplement indiquer sommairement les principaux résultats de nos prédécesseurs pour pouvoir montrer par la suite, leurs contradictions et faire voir combien des expériences de contrôle étaient nécessaires.

Sutherland et Beale (1) signalent, dès 1855, que la quantité des phosphates augmente dans le paroxysme de la manie aiguë consécutive à la paralysie générale, et qu'elle diminue dans son déclin

A. Addison (2) conclut, au contraire, d'analyses d'urine de paralytiques généraux, que, dans l'excitation les quantités d'acide phosphorique, d'urée et de chlorure de sodium sont moindres que dans le calme.

De son côté, Merson (3), s'appuyant sur un grand nombre de dosages, pense que l'urée est en général augmentée, que les chlorures et l'acide phosphorique sont en quantité moindre, que celle de l'acide sulfurique est normale, que le poids spécifique de l'urine varie à peine et que le volume des 24 heures est un peu diminué, si on le compare à l'état physiologique, mais qu'au contraire il est augmenté si on l'évalue comparativement avec le poids du corps.

Rabow (4) considère lui aussi la quantité d'urine comme

(1) Sutherland et Beale. — *Medico-chirurg. Transaction*, 1855.

(2) A. Addison. — *Medico-chir. Review*, avril 1865.

(3) Merson. — *The Urinology of general Paralysis, (West Riding lunatic Asylum Reports, 1874)*.

(4) Rabow. — *Archiv. for. Psych.*, 1877.

augmentée ainsi que celle de l'urée, mais il constate en outre l'augmentation des chlorures, contrairement à l'opinion de Merson. Enfin, d'après M. Lailler (1) cité par M. A. Voisin (2) dans son beau traité de la paralysie générale, l'urine a les caractères de celle des fébricitants.

Aussi bien, dit M. Lailler, dans les phases d'excitation que de dépression, la densité de l'urine est toujours plus ou moins élevée au-dessus de la normale, et on note une augmentation presque constante dans la somme des produits éliminés.

Ces modifications qui se produisent dès la première période sont surtout marquées à la troisième et lorsque la maladie est traversée par des crises épileptiformes.

A la troisième période, ajoute M. Voisin, l'urine est souvent fétide et trouble et contient quelquefois de la bile ou des cristaux d'urate de soude, d'acide urique, parfois des globules sanguins, des cellules rénales et de l'albumine.

On voit qu'il y a des contradictions assez nombreuses dans ces différentes opinions, aussi, comme conclusions de ces mémoires, M. A. Foville (3) déclare-t-il qu'il lui paraît ressortir des analyses qui ont été publiées que la sécrétion urinaire ne présente aucune altération spécifique dans la paralysie générale. Et après lui MM. J. Christian et A. Ritti (4) pensent également que, dans cette maladie, les modifications de la sécrétion urinaire n'offrent rien de caracctéristique.

Les résultats de ces analyses des matériaux normaux de l'urine n'ont donc rien donné de bien net, rien établi sûrement, nous allons voir que l'étude des substances anormales n'a conduit à rien de plus certain.

Rabenau (5) avait signalé la présence fréquente de l'albumine dans la paralysie générale (20 cas sur 36 soit 55,5 p. 100), mais M. A. Voisin (6) nie cette fréquence et prétend que

(1) Lailler. — *Ann. Medic. psych.*, 1876.

(2) A. Voisin. — *Traité de la paralysie génér. des aliénés.* Paris, 1879.

(3) A. Foville, fils. — *Nouv. Dict. de Med et de Chir. prati :* Articl. *Paralysie générale* 1878.

(4) J. Christian et A. Ritti, — *Dict. Encycl. des Sciences. Ledic ;* Art. *Paraly. Gener.*, 1884.

(5) Rabenau. — *Analyse des urines des aliénés paralytiques. Archiv. fur. Psych.* 1874.

(6) A. Voisin. — *Loc. citat.*

l'albumine ne se rencontre qu'exceptionnellement dans cette affection. J. Türner (1) ne trouve également que 7,6 p. o/o d'albuminuriques dans les paralytiques généraux.

Ici encore la question n'est point résolue vu la contradiction absolue de M. Voisin et de Rabeneau.

En 1885 *Maccabruni* (2) signala la présence des peptones chez les aliénés surtout à l'occasion des maladies intercurrentes, et il l'attribua à une maladie latente ou à une altération de la nutrition résultant de l'agitation (vu leur fréquence plus grande chez les agités). — Et nous trouvons un peu plus tard vingt deux analyses d'urines de paralytiques généraux publiées par *Marro* (3) dans lesquelles cet auteur a constamment trouvé des peptones.

L'intensité de la peptonurie lui a même paru proportionnelle à l'acuité de la maladie et à la rapidité de l'évolution. Aussi se croit-il en droit de conclure que, dans le cas de diagnostic douteux, l'absence de peptone dans l'urine permettrait d'écarter l'hypothèse de paralysie générale.

C'est aussi l'opinion de R. Fonda (4) qui assure que la peptonurie se rencontre chez tous les paralytiques; mais, ajoutait-il, elle n'est pas constante ; aussi apportant une certaine restriction à l'opinion de Marro, l'absence de peptonurie pour lui n'exclut la phrénose paralytique que si elle est constatée par des examens répétés

M. Lailler (5) développe beaucoup l'importance de cette restriction et il croit que la peptonurie ne saurait être invoquée comme un symptôme de paralysie générale. Elle se rencontre, en effet, dans des indispositions passagères et dans un grand nombre de maladies. On l'observe dans différentes formes d'aliénation mentale et si elle est plus fréquente dans la paralysie générale elle fait le plus souvent défaut au début de l'affection alors que le diagnostic est incertain. Donc là encore, au moins d'après M. Lailler, et quoi qu'ait pu croire Marro et Fonda, pas davantage de criterium.

(1) J. Türner. — *Brit. med. Journ.* 1887.
(2) *Maccabruni. — Archiv. ital. per. le mallato. nervose* 1885.
(3) *Marro. – Giornale della R. Ac. di. Med. di Torino.*, Janv. 1888.
(4) R. Fonda. — *Archiv. italiennes de biologie,* XVIII, 1893,
(5) Lailler. — *Ann. médic. psych.*, XIX, p. 17, 1894.

L'acétonurie peut-elle davantage en donner un ? En aucune façon. Marro (1) avait signalé chez les aliénés la relation de l'acétone avec la peur, mais M. Lailler (2) après Bœck et Slosse a montré que l'acétone ne fournissait aucun signe pathologique en rapport avec l'état psychique, il a constaté qu'on pouvait trouver cette substance à l'état de santé comme de maladie et qu'elle n'avait aucune valeur chez les aliénés. Enfin parmi les substances anormales de l'urine des paralytiques, M. Régis (3) a signalé la glycose.

Que pouvons-nous et que devons-nous tirer de ces assertions ? Assurément pas grand'chose et nous sommes obligés de garder une réserve prudente, puisque, à côté d'une affirmation absolue, nous trouvons constamment la négation développée par un auteur non moins digne de foi que celui qui affirme.

C'est en raison de ces doutes que nous avons entrepris la petite étude qui suit et qui ne représente qu'une minime partie de l'étude de l'urine dans la paralysie générale. Il nous semble en effet nécessaire d'établir successivement sur de sérieux documents les points suivants : 1°. La composition moyenne de l'urine dans chacune des trois périodes de la paralysie générale. 2°. La variation de cette constitution moyenne avec la forme clinique de la paralysie générale. 3°. La variation de l'urine chez un même individu dans une même période de la maladie suivant les phases épisodiques de cette maladie.

Pour le moment nous nous occuperons seulement du premier point, et encore ne considérerons-nous l'urine du paralytique général que durant la seconde période. Nous n'avons pas, en effet, eu l'occasion d'étudier à l'asile Sainte-Anne (et il en est ainsi dans tous les asiles d'aliénés) des paralytiques généraux dans la première période, et quant à ceux qui sont entrés dans la troisième, ils gâtent et il est bien difficile de recueillir intégralement toute leur urine.

Nous espérons, du reste, pouvoir, dans peu de temps, non seulement compléter le premier point de l'étude que nous avons entreprise, mais encore les deux suivants. Nous pouvons

(1) Marro. — *Giornale della R. Accad. di Medic. de Torino*, 1889.
(2) Lailler. — *Ann. médic. psych.* Mars 1892.
(3) Régis. — *Ann. medic. psych.* 1879.

donc intituler les résultats que nous allons exposer : *Constitution moyenne de l'urine dans la seconde période de la paralysie générale.*

Pour y arriver nous avons pris les urines d'un certain nombre de paralytiques quelconques sans aucune distinction de forme ou d'évolution de la maladie et nous avons toujours basé les données qui vont suivre sur les dosages effectués sur l'urine des 24 heures. Avec des aliénés tels que les paralytiques généraux il est très difficile de recueillir exactement les urines d'une journée entière, néanmoins nous croyons avoir réussi grâce à la bonne volonté du personnel de l'asile Sainte-Anne (Clinique de la Faculté).

Peut-être dans quelques cas, heureusement fort rares croyons-nous, y a-t-il eu un peu d'urine perdue; mais, nous le répétons, ces faits constituent l'exception, car nous avons impitoyablement rejeté l'urine chaque fois qu'il nous semblait y avoir un doute sur l'exactitude du volume des 24 heures.

Dans tous les cas, même s'il s'est glissé quelque erreur à notre insu, le nombre que nous avons trouvé représentera, il faudra bien y prendre garde, un minimum, puisqu'il ne peut y avoir eu comme cause pertubatrice qu'une perte d'urine qui, nous aimons à le répéter a été tout à la fois très rare et certainement très petite.

CONSTITUTION MOYENNE DE L'URINE DANS LA SECONDE PÉRIODE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

A. — CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — 1° QUANTITÉ. — En consultant les tableau I (urines des hommes) et II (urines des femmes) on voit que vingt hommes sur trente soit les deux tiers, et que six femmes sur treize soit environ la moitié, ont une quantité d'urine supérieure à la moyenne (1 200^{cc3} pour les hommes et 1.100^{cc3} pour les femmes d'après Yvon et Berlioz, Manuel d'analyses d'urines, Paris 1894) et dans un nombre assez notable de cas cette polyurie est assez intense. Elle est assez forte, par exemple, pour que, en additionnant en bloc non point toutes les analyses, puisqu'il peut y en avoir plusieurs d'entre elles se rapportant au même individu, mais une seule analyse moyenne pour un même malade, on ait un

résultat nettement supérieur à la normale. Et encore, ici surtout, faudrait-il pouvoir tenir compte de l'urine qui a pu être perdue. Il y a donc, comme Rabou l'avait annoncé, une augmentation de la quantité d'urine. En un mot s'il est vrai qu'il y ait parfois mais rarement disurie, dans le plus grand nombre de cas, il y a une légère polyurie pouvant devenir parfois très notable.

Couleur. — Les urines des paralytiques généraux sont généralement colorées assez faiblement, le plus souvent on les trouve jaune citrin, le jaune ambré léger y est déjà plus rare, et le jaune ambré foncé est presqu'une exception. Les *matières colorantes* sont donc un peu diminuées ou normales, et il en est de même des *chromogènes* de l'urine, conme on peut s'en assurer par l'action de l'acide azotique à froid. Ajoutons immédiatement, pour ne plus y revenir, que l'*indican* s'y trouve souvent en proportion notable, nous chercherons à expliquer ce fait dans un autre travail.

Aspect. — Il est bien rare que l'urine soit transparente, elle est presque toujours au moins louche, quelquefois trouble, et ne s'éclaircit pas complètement même après un repos prolongé.

Dépôt. — Mais après ce repos on a quelquefois un dépôt assez faible d'urates ou de phosphates suivant les cas, il n'y a pas de règle bien précise à cet égard. De plus dans tous les cas à peu près on trouve *du mucus* en quantité toujours très appréciable, souvent très notable ; l'urine des paralytiques généraux présente donc une véritable mucinurie.

Consistance. — C'est grâce à ce fait et à la présence fréuente d e l'albumine, comme nous le verrons par la suite, que cette urine mousse toujours bien facilement, et que la mousse est assez persistante.

Odeur. — Quant à l'odeur elle est en général normale, mais plus forte que celle d'une urine ordinaire, quelquefois on peut noter qu'elle est ammoniacale, mais cela est rare, même lorsque la réaction est alcaline.

Réaction. — La réaction est, en effet, fort variable : tantôt, le plus souvent, elle est acide, mais toujours alors faiblement acide, tantôt elle est neutre et enfin tantôt alcaline. D'après la statistique que nous avons établie la réaction est faiblement acide dans les deux tiers des cas ; elle est neutre à peu près dans un sixième des cas, et alcaline dans le dernier sixième.

Les urines neutres ou alcalines se rencontrent donc aisément dans la paralysie générale et cela sans troubles de la miction et sans rétention prolongée d'urine à l'intérieur de la vessie, (Nous n'avons pas examiné ces cas).

Densité. — M. Lailler nous indiquait la densité de l'urine des paralytiques comme plus forte que la densité normale (v. plus haut). Nous voyons (T. I et II) que cette densité peut être, il est vrai, normale dans quelques cas, que quelquefois elle peut même être augmentée, comme le dit M. Lailler, mais qu'au contraire dans le plus grand nombre de cas elle est diminuée, souvent même assez diminuée.

Dosage des éléments normaux. — 1° *Urée.* — Pour la plupart des auteurs Nerson, Rabou et M. Lailler la quantité d'urée est augmentée, tandis qu'Addison déclare qu'elle est diminuée.

Nos analyses (Tableau I et II) montrent que, très généralement, c'est cette seconde opinion qui est réalisée, la diminution de l'urée est la règle, et cette urée peut être même assez fortement diminuée ; la conservation du chiffre normal est rare, et son augmentation est l'exception (1).

2° *Acide urique.* — Il n'en est malheureusement pas de même pour l'acide urique pour lequel nous avons employé le procédé classique qui consiste à le précipiter par l'acide chlorhydrique. Comme on l'a montré récemment, ce procédé donne des inexactitudes qui peuvent être souvent tout à fait notables.

(1) Nous avons toujours dosé ce corps au moyen de la décomposition par l'hypobromite de soude récemment préparé et en déterminant sur de l'urée les corrections nécessaires ; nous nous sommes donc mis, autant que faire se peut, à l'abri de toute cause d'erreur.

Nom du Malade	Volume de l'urine des 24 heures	Densité	Urée		Acide phosphor.		Chlorures	
			par litre	En 24 h.	par litre	En 24 h.	par litre	En 24 h.
Sarr.....	1 200	»	6.520	7.820	»	»	»	»
Sarr.....	1.600	1.013	13.040	20.864	0.950	1.520	14.000	22.400
San.....	1.580	»	6.520	10.300	»	»	»	»
Meun....	1.780	»	12.790	22.760	»	»	»	»
Cess....	0.500	»	27.120	13.560	»	»	»	»
Devo....	0.920	»	19.372	17.820	»	»	»	»
Lour....	1.200	»	15.500	20.100	»	»	»	»
Lour....	1.230	1.023	18.043	22.190	1.350	1.660	14.600	17.598
Cherr...	1.460	»	15.000	21.900	»	»	»	»
Cherr....	1.100	1.018	15.936	17.529	1.300	1.430	12.000	13.750
Cherr....	2.250	1.008	5.412	12.170	0.900	2.025	7.500	16.875
Cherr....	2.000	1.010	10.232	20.464	1.200	2.400	11.000	22.000
Pann....	1.420	»	15.500	21.900	»	»	»	»
Mass....	1.300	»	19.385	25.200	»	»	»	»
Hou.....	1.020	»	25.080	26.310	»	»	»	»
Gou....	1.850	»	15.490	28.670	»	»	»	»
Cun.....	2.000	1.010	10.132	20.464	»	»	10.000	20.000
Bon.....	2.100	1.010	10.232	21.287	»	»	10.500	22.500
Legr....	1.650	1.010	7.968	13.147	0.800	1.320	9.000	14 850
Legr....	0.920	1.030	»	»	2.850	2.620	20.800	19.130
Bon....	2.400	1.014	»	»	1.150	2.760	12.000	28.800
Fin.....	1.100	1 024	»	»	1.500	1.650	21.000	23.100
Bas.....	0.800	1.026	18.043	14.434	3.350	2.680	18.500	14.800
Bas.....	1.700	1.020	14.608	24.833	1.600	2.720	16.500	28.050
Chau....	1.600	1.016	15.648	25.036	1.500	2.400	13.800	22.080
Cro.....	1.200	1.022	18.200	21.840	1.300	1.560	17.000	20.400
God.....	3.200	1.007	10.624	33.990	0.650	2.080	7.500	24.000
Duv....	1.300	1.025	15.648	20.340	1.950	2.530	15.000	19.500
Dej......	0.900	1 023	»	»	3.300	2.970	18.000	16.200
Chai....	1.150	1.025	»	»	1.500	1.725	22.000	25.300
Lomb..	0.800	1.022	31.296	25.030	1.700	1.360	13.500	10.800
Becq....	1.400	1.022	20.864	29.210	1.400	1.960	17.500	24.500
Becq.....	2.300	1.010	11.511	26 470	1.300	2.990	10.000	23.000
Rous....	1.200	1.021	20.464	24.550	2.200	2.640	17.000	20.140
Chem...	1.750	1.015	»	»	1.300	2.270	11.000	19.250
Pru.....	1.780	1.020	»	»	0.900	1.600	15.500	27.590
Lall.....	0.500	1.008	10.432	5.216	0 950	0.475	4.800	2.400
Bou.....	1.500	1.017	»	»	1.800	2.700	14.000	21.000
Bour....	1.900	1.013	14.069	26.730	1.400	2.660	13.000	24.700
Char....	1.900	1.015	14.069	26.730	1.500	2.850	15.000	28.500

Nom de la Malade	Volume de l'urine des 24 heures	Densité	Urée		Acide phosphor.		Chlorures	
			par litre	En 24 h.	par litre	En 24 h.	par litre	En 24 h.
Fav.	1.000	1.006	14.040	14.040	0.900	0.900	8 »	8 »
Fav.	0.690	»	»	»	2.400	1.600	15 »	10.35
Tic	0.300	»	»	8.910	»	»	»	»
Cra	0.900	»	16.790	15.120	»	»	»	»
Guc.....	1.000	»	15.348	15.348	»	»	»	»
Barb	2.750	»	12.000	33.000	»	»	»	»
Bar	1.200	1.012	18.256	21.907	1.200	1.440	8 »	9.600
Bar	2.000	1.010	9.226	18.452	0.750	1.500	9 »	18.000
Her	0.900	1.022	18.608	16.747	1.750	1.505	14.500	13.050
Her	1.420	1.016	8.953	12.713	»	»	14.000	19.880
Cha.....	1.625	»	18.081	30.180	»	»	»	»
Cha.....	0.900	1.020	18.256	15.530	1.550	1.390	15.000	13.500
Cha.....	1.670	1.015	17.200	28.724	1.290	1.990	10.500	17.530
Cha.	1.900	1.012	11.511	21.870	1.100	2.090	13.000	25.700
Mary	1.100	1.020	16.765	18.390	2.000	2.200	11.000	12.100
Ren.	0.800	1.020	»	»	2.000	1.600	15.000	12.000
Ren.....	0.400	1.027	11.540	4.600	3.300	1.320	15.000	6.000
Mar.....	0.640	»	3.000	1.920	3.000	1.920	13.000	8.320
Mar.	0.700	1.018	15.318	10.740	2.200	1.540	14.000	9.800
Lem.....	1.000	1.014	14.069	14.069	»	»	10.000	10.000
Rich	1.050	1.026	»	»	1.650	1.730	18.500	19.420
Lacom...	1.200	»	»	»	1.800	2.160	9.800	11.760

Aussi, sans citer nos chiffres qui peuvent être entachés d'erreurs et cela dans des proportions que nous ne pouvons pas évaluer, nous contenterons-nous de signaler que l'excrétion de l'acide urique est très variable ; quelquefois augmenté, il est souvent diminué, mais alors il est moins diminué que l'urée, et le rapport de l'acide urique à l'urée est toujours augmenté.

Dans la paralysie générale, non seulement par conséquent les oxydations sont peu actives, mais encore elles sont en partie incomplètes.

Acide phosphorique. — L'opinion des auteurs est encore ici très différente puisque Sutherland et Beale ainsi que M. Lailler

le croient excrété en quantité supérieure à la normale, tandis que Addison, Nerson, le notent comme diminué.

Nos analyses (1) (tableaux I et II) *en montrent partout l'excrétion fort réduite* et nous forcent à nous ranger à l'opinion d'Addison et de Nerson.

Nous avons déterminé le rapport de l'acide phosphorique excrété à l'urée. Pour ne point être fastidieux nous citerons seulement quelques chiffres pris au hasard, chiffres dont on pourrait aisément augmenter le nombre en les déduisant de nos tableaux I et II.

TABLEAU III. — RAPPORT DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE A L'URÉE

HOMMES		FEMMES	
Che	1/8,5	Cha	1/10
Bou	1/10	Ren	1/8,7
Cha	1/9,3	Mav	1/7
Bec	1/8,8		
Rous	1/9,3		

Ce rapport nous montre que, si d'une part l'urée est diminuée et d'autre part l'excrétion de l'acide phosphorique réduite, cette dernière a subi une diminution plus grande encore que celle de l'urée. La désassimilation des matériaux azotés est donc faible dans la paralysie générale, mais la désassimilation du phosphore est encore plus réduite.

Cet acide phosphorique se combine d'ailleurs aux bases terreuses ou aux bases alcalines quelquefois dans des proportions normales, mais, le plus souvent, quoique pas nécessairement, l'inverse pouvant aussi avoir lieu, les phosphates terreux sont éliminés proportionnellement en quantité plus grande que les phosphates alcalins, ainsi que le montrent quelques chiffres suivants, pris encore tout à fait au hasard.

(1) Les dosages ont été faits par précipitation de l'acide phosphorique sous forme de phosphate d'urane avec une liqueur titrée d'azotate d'urane.

Tableau IV. — Excrétion des Phosphates.

HOMMES	Acide phosphorique uni aux terres	Acide phosphorique uni aux alcalis	RAPPORT
Lou................	0.43	1.23	1/3
Che................	0.36	1.66	1/4.6
Bas................	0.72	1.96	1/2.7
Pru................	0.53	1.068	1/2
Leg................	0.51	2.11	1/4
FEMMES			
Mar................	0.60	1.40	1/2.33
Chal................	0.55	1.42	1/2.6

Chlorures — Addison pense que, comme les phosphates, les chlorures sont diminués et Merson est de son avis. Raboa n'admet point cette conclusion et prétend, ainsi que plus tard M. Lailler, que les chlorures sont augmentés (1).

Très augmentés même dirons-nous, en nous reportant encore une fois à nos analyses. A peine, avons-nous pu trouver dans tous nos dosages quelques cas tout à fait exceptionnels ou ces chlorures se trouvent diminués ou normaux, presque toujours ils sont considérablement augmentés.

Nous avons voulu, étant donnée cette grande augmentation, nous assurer qu'elle ne pouvait pas être attribuée à la nourriture, et en prenant des aliénés en dehors des paralytiques généraux, mais vivant absolument dans les mêmes conditions; puis dosant ces chlorures nous avons vu qu'il y avait tantôt augmentation, tantôt diminution du chlore, cela sans règle fixe (Voy. t 5). On peut donc, après ces expériences de contrôle,

(1) Nous avons fait le dosage des chlorures par le procédé classique de calcination de l'urine avec le nitrate de potasse, dissolution du résidu dans l'acide acétique, puis addition d'une liqueur titrée de nitrate d'argent.

attribuer à la paralysie générale l'augmentation des chlorures excrétés.

TABLEAU V. — ELIMINATION DES CHLORURES EN DEHORS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

	Volume d'urine en 24 heures	Chlorures par litre	Chlorures en 24 heures
Hal................	1.170	15.7	18.37
Tou................	0.810	6	4.86
Gr.................	2.55	9	22.9
Ver................	0.870	8.5	7.39
Ull................	2.200	6	13.20

Une remarque cependant s'impose en comparant les tableaux I et II au tableau V, c'est que sans rien modifier des conclusions que nous venons de formuler, on peut voir que l'élimination des chlorures subit incomparablement plus que celle de l'urée ou des phosphates l'action due aux fluctuations du volume d'urine émis dans les 24 heures.

SUBSTANCES ANORMALES. — Rabenau avait noté la présence fréquente d'albumine dans l'urine des paralytiques (20 cas sur 36 ou 55,5 p o/o), tandis que M. Voisin regarde cette présence comme une exception. L'assertion de M. Voisin (1) cause quelque étonnement, puisque, dans l'anatomie pathologique des paralytiques, il admet des lésions rénales fréquentes, au sujet desquelles il s'exprime fort nettement en disant : « Ce sont en somme les lésions de la néphrite interstitielle. » Dans ces conditions qu'y a-t-il d'étonnant à ce que Rabeneau ait trouvé l'albumine souvent.

Nous avons cherché cette albumine à notre tour et simultanément par les quatre méthodes suivantes appliquées à la même urine.

(1) A. Voisin. — *Loc. citat.*

1° *Par la chaleur et l'acide acétique après avoir ajouté à l'urine son demi volume de solution saturée de sulfate de soude;* — 2° *à chaud par l'acide azotique;* — 3° *par l'acide azotique à froid;* — 4° *par la liqueur de Tauret.*

Nous avons ainsi trouvé, sur 52 urines soumises à notre examen, de l'albumine en petite quantité (18 fois) (soit 34, 6 p. 0/0), mais jamais cette albumine ne s'est trouvée en grande quantité. Il n'y en a jamais eu plus de 2 à 3 décigrammes par litre. L'albuminurie est donc relativement fréquente, nous l'avons trouvée, il est vrai, moins souvent que Rabenau, mais néanmoins dans une proportion fort respectable.

Cette albuminurie est-elle due à une lésion rénale légère ou à une action bulbaire; on ne peut guère trancher la question, bien que, pourtant, la légère poluyrie desparalytiqnes, lafaible densité de l'urine et les lésions rénales, constatées par M. A Voisin et par l'un de nous, puissent faire pencher vers une lésion rénale peu développée.

Peptones. — Nous avons recherché les peptones (1) seulement cinq fois; nous en avons trouvé trois fois, et deux fois le résultat a été négatif. Comme nous n'avons pas examiné une seconde fois les urines où nous n'avions point trouvé de peptones, il nous est, au moins pour le moment, vu le peu de documents que nous possédons sur la question, impossible d'essayer de nous faire une opinion raisonnée sur la peptonurie chez les paralytiques.

Acétone. — Nous avons aussi mis en évidence l'acétone (2) et nous l'avons trouvée neuf fois sur dix. Comparativement nous avons fait la même recherche sur des urines normales et les résultats positifs ont été seulement de quatre sur six. Ces nombres sont bien faibles, il est vrai, mais nous croyons qu'ils

(1) Par le procédé de Wassermann : précipitation des albuminoïdes par le ferrocyanure de potassium, puis filtration, destruction de l'excès de ferrocyanure par l'acétate de cuivre, de l'excès de cuivre par l'hydrogène sulfuré; enfin, après neutralisation, par la potasse et recherche des peptones par le *biuret*..

(2) Par le procédé de Chautard : au moyen d'une solution de fuschine décolorée par l'acide sulfureux et qui vire au violet en présence de l'acétone

suffisent à montrer qu'on doit considérer, avec M. Lailler, la présence de l'acétone comme chose de peu d'importance dans la paralysie générale. Tout au plus peut-on dire qu'on la rencontre un peu plus fréquemment que dans l'urine normale.

Résumé et Conclusions. — En résumé, nous basant sur les résultats personnels que nous avons développés au cours de cette étude, nous sommes convaincus que, pour le moment, on ne possède point de criterium permettant de dire immédiatement : voici une urine de paralytique, ou permettant de faire un diagnostic différentiel.

De plus nous avons vu que les urines des paralytiques étaient essentiellement variables comme volume excrété en vingt-quatre heures, quantité d'urée, de phosphates, de chlorures... présence d'albumine et qu'on ne peut absolument pas poser de *règle absolue* pour aucune de ces données, puisque les variations sont possibles dans tous les sens.

Néanmoins nous avons constaté que s'il n'y avait aucun caractère essentiel, et que si l'on ne trouvait aucune variation d'un élément absolument constante, il n'en est pas moins vrai que les variations se font toujours pour une substance donnée d'une façon très évidente dans la grande majorité des analyses dans un sens déterminé.

On peut donc, en laissant volontairement de côté les différences individuelles que nous chercherons à expliquer plus tard, donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne dans la seconde période de la paralysie générale comme suit :

Il ya polyurie dans la seconde période de la paralysie générale ; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire, légèrement troubles avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible et l'excrétion des phosphates est encore plus réduite, tandis que les chlorures se trouvent, au contraire, en quantité très grande. Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Encore une fois nous faisons toutes nos restrictions sur la peptonurie ainsi que sur tout ce qui touche les urines de la paralysie générale en dehors de la seconde période de la ma-

ladie, ainsi que les variations dues aux formes et aux épisodes de cette affection.

M. Renaut (de Lyon). — Nouvelle Méthode de fixation et d'imprégnation interstitielle des nerfs a myéline.

L'obstacle principal à l'étude des lésions des nerfs à myéline consiste dans les altérations spontanées qu'ils subissent entre le moment de la mort et celui de l'autopsie. Quand il s'agit de ramifications nerveuses engagées dans la peau, dans une muqueuse où dans un organe accessible à une injection interstitielle à travers les tissus, je vais démontrer qu'on peut tourner la difficulté et mettre en évidence les fibres nerveuses avec tout leur dispositif complexe conservé, y compris les formations endothéliales de leur gaîne de Henle ou de leur gaîne lamelleuse.

La méthode que je vais décrire et, qui du reste, est devenue depuis plus an d'un usage courant dans mon laboratoire de la facùlté de Médecine de Lyon, est fondée sur ce fait que dans un mélange de solutions (à un titre du reste quelconque) d'acide picrique, d'acide osmique et de nitrate d'argent dans l'eau, il ne se fait aucun précipité perturbateur ni dans le liquide, ni, ce qui est beaucoup plus important, dans les tissus où le mélange est injecté. Partout où pénètre ce mélange, l'acide osmique, l'acide picrique et le nitrate d'argent effectuent conjointement leurs réactions histochimiques ordinaires, qui s'additionnent purement et simplement, sans modification aucune de leurs actions respectives sur les éléments anatomiques. Ces éléments sont fixés net dans leur forme par l'acide osmique du mélange, lequel acide osmique colore en noir la myéline et les graisses. Tous les ciments interépithéliaux atteints par le réactif sont imprégnés d'argent. Les globules rouges du sang, circulant dans les vaisseaux ou extravasés, sont fixés sans déformation aucune. Les vaisseaux eux-mêmes, sanguins ou lymphatiques, sont saisis et fixés à l'état de plein déploiement; en outre, leurs endotheliums et leurs plans musculaires lisses sont imprégnés avec une grande pureté par le nitrate d'argent.

I.

Pour arriver à ces résultats, dans la peau par exemple ou dans une muqueuse, on effectue d'abord le mélange suivant :

Liquide jaune osmio-picrique

R. Solution saturée d'acide picrique dans l'eau distillée. 4 volumes
Solution d'acide osmique à 1 p. 100 dans l'eau distillée. 1 volume (1).

A quatre cent. mètres cubes du *liquide jaune*, on ajoute un centimètre cube de solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 dans l'eau distillée. On charge de ce nouveau mélange, que nous appellerons le *liquide jaune argentique*, une seringue de Pravaz, munie d'une canule d'or ou de platine iridé. On pratique ainsi dans le tissu vivant, s'il s'agit d'un fragment enlevé par biopsie, ou aussitôt après la mort, une injection interstitielle.

Celle-ci une fois faite, on peut attendre pour achever le durcissement *par l'alcool*, faire des coupes, les monter colorées ou non dans la glycérine ou le Baume au xylol. Les éléments anatomiques sont fixés; les vaisseaux sanguins et lympathiques le sont aussi à l'état de déploiement; toutes les formations épithéliales ou endothéliales atteintes sont imprégnées d'argent. S'il s'agit d'une autopsie, on remettra donc au lendemain le prélèvement des points où l'on a fait des injections intestitielles et renfermant des nerfs à explorer. Leurs lésions auront été saisies telles qu'elles sont au moment même de la mort. Voilà pourquoi j'ai dit, mardi dernier, que ma méthode me paraît destinée à singulièrement faciliter l'étude des névrites périphériques.

II.

Voyons, maintenant, dans quel état sont fixés-imprégnés les nerfs normaux engagés dans les tissus. Je présente ici des préparations faites sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de

(1) Ce mélange est préparé à l'avance et se conserve indéfiniment sans altération.

la lèvre de l'homme, retranchée sur le vivant pour un cancroïde. Je ne parlerai pour le moment que des résultats de l'injection interstitielle faite loin de la tumeur, là où (vérification faite) la peau était saine. Dans les limites de l'injection interstitielle, tous les cordons nerveux sont fixés et imprégnés par l'osmium et par l'argent. Sous un faible grossissement, on peut les suivre et se rendre compte de leur marche, de leur mode d'arborisation et de leurs anastomoses. Autour des troncs et des troncules, la gaîne lamelleuse, puis celle de Henle sont imprégnées d'argent. Pour la gaîne de Henle, formée d'un seul plan de grandes cellules endothéliales à arrêtes rectilignes, on constate une série de faits très intéressants. Tout d'abord, c'est la différence essentielle de cet endothélium avec celui des lymphatiques voisins, lequel est formé au contraire de cellules sinueuses. Je n'insiste pas, chacun sait maintenant que la gaîne lamelleuse, ni la gaîne de Henle ne sont des voies lymphatiques. En second lieu, on voit que là où les troncules nerveux (formés de quelques fibres à myéline ou d'une seule) traversent des plans fibreux serrés et même tendiniformes, la gaîne de Henle garde son calibre régulier à peine rendu un peu moniliforme par les formations élastiques ambiantes qui le font varier de distance en distance. Et à l'intérieur de la gaîne elle-même, qui a été fixée comme soufflée à l'entour et à distance des fibres nerveuses, on peut conclure hardiment qu'il n'y a pas de lymphe, mais bien un liquide *non albumineux* consistant en de l'eau plus ou moins chargée de sels minéraux : car l'acide osmique ni le nitrate d'argent ne donnent sur ce point aucune coloration ni précipité. Dans l'état normal la cavité vaginale des troncs et troncules nerveux renferme donc non pas de la lymphe mais bien un liquide aquiforme, incompressible, protégeant les fibres nerveuses contre les actions extérieures, exactement comme la gaîne périvasculaire, dans les centres, protège les éléments nerveux contre les battements artériels.

A l'intérieur de la gaîne de Henle, on voit les fibres à moëlle avec leurs segments interannulaires et la disposition de la myéline, qui a été colorée en noir par l'acide osmique. Au niveau des anneaux des nerfs on peut observer, imprégnés en place par l'argent, la plupart des renflements biconiques. Le renflement biconique, là où il a été bien mis en évidence, se montre tou-

jours au milieu et en travers de l'anneau : c'est son pourtour qui répond à la branche transversale de la croix d'imprégnation de Ranvier. La substance qui forme ce petit corps est brillante, réfringente tandis que le cylindre d'axe reste pâle. Mais, dans mes préparations, on ne voit pas la branche longitudinale de la croix d'imprégnation de Ranvier : c'est dire qu'ici les stries de Frommann manquent sur le cylindre d'axe entre le corps biconique et les reflets de la myéline.

Ce fait, minime en apparence, prend au contraire une grande importance quand on se rappelle que. tout au contraire, sur les nerfs par exemple, dissociés dans une solution de nitrate d'argent, les stries de Frommann du cylindre d'axe ne manquent jamais d'exister. Or, quelle est la signification de ces stries ? simplement comme l'a montré Ranvier, il y a vingt-cinq ans, que le nitrate d'argent a pénétré peu à peu par l'étranglement annulaire jusqu'au cylindre d'axe et que, par analogie, on peut considérer l'anneau comme la voie que suivent les autres cristalloïdes de la nutrition pour atteindre ce même cylindre d'axe. Mais l'observation que nous venons de faire à l'aide d'une méthode nouvelle fait faire un pas de plus à la question. Nous venons de voir que le corps biconique étant fixé et coagulé net par le réactif osmio-picro-argentique, les cristalloïdes tels que la solution de nitrate d'argent ne pénètrent plus jusqu'au cylindre d'axe. C'est donc que le dialyseur entre le plasma nourricier ambiant et le filament axile n'est autre chose que le corps biconique lui-même. Quand il est figé par la coagulation brusque et rendu imperméable, la porte de la nutrition reste en effet fermée au cylindre d'axe. Les cristalloïdes suivent donc bien la voie de ce petit corps colloïde pour pénétrer jusqu'au filament axile dont il n'est ni une excroissance, ni un renflement, car le liquide jaune argentique laisse le cylindre d'axe incolore tandis qu'il rend le corps biconique réfringent, brillant, et qu'il teint sa marge en noir pur.

Voici donc, par la nouvelle méthode que je viens d'indiquer, deux problèmes, l'un relatif à la gaîne endothéliale, l'autre relatif à la constitution et à la nutrition du nerf à myéline lui-même, qui se trouvent posés, puis élucidés d'un coup et par des constatations évidentes. Il est clair qu'il en serait de même de toute lésion de la gaîne ou de la fibre nerveuses consécutives

à la névrite, à l'œdème, à la périnévrite. Je crois donc avoir bien imaginé ici un moyen d'étude nouveau, de facile application, et qui donnera de bons résultats aux anatomo-pathologistes en général (car il est applicable dans tous les cas) et, en particulier, aux neurologistes.

Il constituera la méthode de choix quand on voudra suivre la *marche* des ramuscules nerveux et de leurs gaînes dans les tissus et les organes, soit à l'état sain, soit dans l'état pathologique. Des dispositions singulières, telles que la présence de nerfs hélicius dans le derme cutané là où des plissements et des déplissements fréquents s'exécutent (comme par exemple au niveau des lèvres) ou bien un mode tout particulier d'anastomoses en anneau que je vous montrerai tout à l'heure, resteraient sinon impossibles, du moins très difficiles à mettre en évidence par les méthodes ordinaires On les constate ici d'emblée et sans peine aucune. Mais, comme complément de cette communication, je veux vous faire observer un dernier fait.

III

Il y a déjà nombre d'années que, dans la thèse bien connue de mon interne Bertoye, j'ai formulé une théorie thyroïdienne et toxique du goître exophthalmique. A peu près simultanément, de son côté, mon ami, le professeur Joffroy, arrivait aussi à la même conclusion. Actuellement, la question paraît jugée en faveur de ces vues qui, de prime abord, ne furent pas admises sans contestation, mais que Charcot nous fit, à Joffroy et à moi, le très grand honneur d'adopter d'emblée. Je rappellerai que j'ai observé l'effacement des voies lymphatiques dans la majeure partie de l'étendue des corps thyroïdes de tous les goîtres exophthalmiques que j'ai pu autopsier dès lors et depuis. Je supposai alors que certains matériaux sont éliminés de la thyroïde dans les voies lymphatiques, ou que, tout au moins à l'état normal, ils doivent passer par les lymphatiques et y être modifiés, avant de gagner le sang veineux et de passer de là dans les émonctoires, de telle façon que s'ils viennent à passer directement dans le sang, comme il arrive quand les lymphatiques sont effacés, ils y jetteront des toxines capables de

susciter les phénomènes nerveux bien connus du syndrôme de Graves, etc.

L'an dernier, à l'occasion de la thèse inaugurale de mon élève Rivière, j'ai repris la question du corps thyroïde et de ses voies lymphatiques. J'ai imprégné d'argent et fixé déployées celles-ci à l'aide des injections interstitielles de liquide jaune argentique. Je ne reviendrai pas ici sur leur dispositif que Rivière à très bien décrit, mais je mettrai sous les yeux des membres du Congrès des préparations montrant un fait essentiel, du reste déjà énoncé dans la thèse de Rivière, que je veux en tout cas rendre évident et mettre hors de conteste dans l'esprit de tous. *C'est le passage de la matière colloïde et son enlèvement par les voies lymphatiques thyroïdiennes.*

Sur ces préparations, on peut se rendre compte d'emblée que les voies de la lymphe forment un lacis de grands trajets déployés et imprégnés autour de chacun des grains de la thyroïde remplie de matière colloïde, colorée en rose par l'éosine hématoxylique. Or, les lymphatiques adjacents aux grains glandulaires renferment, eux aussi, une substance colloïde ayant même coloration, même aspect optique, même degré de concentration que celle occupant le centre des grains thyroïdiens. Plus loin, dans les grands lymphatiques efférents, cette substance colloïde se dilue au sein du plas malymphatique de plus en plus abondant et renfermant un nombre de plus en plus considérable de globules blancs. Dans le corps thyroïde, la glande qui a perdu son canal excréteur, la sécrétion interne a donc pour voie d'issue les lymphatiques, et il n'est pas bien téméraire de supposer qu'avec la substance colloïde qui forme la majeure partie de celle-ci, il passe une série de substances plus ou moins destinées à être transformées dans les chemins de la lymphe, tout comme les peptones le sont en carbonate d'ammoniaque, dans les chylifères, après un trajet que l'on sait être d'ailleurs singulièrement court.

M. Hanrion (de Reims). — A propos de la Confusion mentale

La confusion mentale est une de ces questions sur lesquelles l'opinion des aliénistes n'est pas encore parfaitement assise.

Comme toutes les nouveautés scientifiques, elle provoque soit de l'engouement, soit du scepticisme. Les uns veulent la voir partout, tandis que les autres sont disposés à en nier l'existence. Ces deux manières de voir sont également éloignées de la vérité.

La confusion mentale existe ; mais elle est plutôt rare que fréquente dans les Asiles, surtout dans les services d'hommes, où on pourrait la considérer comme une curiosité pathologique.

Si l'on s'est mépris sur ce point, il faut en accuser surtout le mot lui-même qui, emprunté au langage usuel, ne se présente pas immédiatement à l'esprit avec le sens restreint que la clarté et la précision du langage scientifique oblige à lui donner.

On s'imagine volontiers que ce mot n'est que la synthèse pour ainsi dire, de tout ce que l'on désignait jusqu'à présent sous les noms de « confusion des idées intellectuelles, « délire confus, obtusion mentale ».

Il n'en est rien. Ces dernières expressions ne sont nullement bannies du vocabulaire de la médecine mentale ; elles conservent la valeur relative qu'on leur a de tout temps accordée ; mais les faits auxquels elles s'appliquent sont essentiellement différents de ceux qui appartiennent à la confusion mentale.

Cette dernière ne consiste, en effet, ni dans le verbiage incohérent du maniaqae, ni dans l'ambiguité et l'illogisme de la conversation des débiles, ni dans l'incohérence spéciale des déments.

Je vais plus loin. L'affaiblissement des perceptions et des sensations, les illusions et les hallucinations, les altérations de la personnalité, l'obnubilation de la conscience et le rétrécissement du champ de la conscience ne peuvent suffire à produire la confusion mentale. Ils peuvent sans doute s'y rencontrer et donner lieu ainsi par leur existence, leur mélange ou leur absence à des différences individuelles, mais les faits que j'ai pu analyser et publier m'ont démontré qu'ils ne sont ni nécessaires ni constants.

La confusion mentale est tout entière dans une perturbation du mécanisme qui préside à la formation et à la succession des idées.

Elle consiste surtout, au point de vue psychique, dans une incohérence sans excitation ni démence due à ce que les idées émergent isolément, quelquefois incomplètement formulées, au hasard des impressions les plus légères produites par des phénomènes extérieurs, ou sous l'influence de l'automatisme cérébral pur, sans lien entre elles et sans orientation fixe.

Il faut aussi répudier les fausses synonymies que l'on a proposées pour la définir comme : état de rêve, désorientation des malades, chaos, désarroi.

Ces expressions n'ayant pas un sens nettement défini ne peuvent, par conséquent, rien expliquer.

Enfin il est encore un mot que je voudrais voir disparaître le plus tôt possible avant qu'on en ait pris l'habitude, je veux parler du qualificatif « primitive » que M Chaslin a proposé de joindre à la dénomination de confusion mentale.

On a le droit et le devoir de se montrer sévère à l'égard d'un mot nouveau. Pour être adopté il doit présenter certaines qualités. Il faut d'abord qu'il soit nécessaire, et surtout qu'il ne soit en opposition ni avec les lois ordinaires de la nomenclature ni avec la nature même de la chose qu'il sert à désigner.

Ces trois conditions sont-elles remplies par le qualificatif « primitive » ? Je ne le pense pas.

La confusion mentale, toute spéciale que soit sa physionomie clinique, n'est autre chose qu'une expression symptomatique. Ses causes et ses conditions pathogéniques peuvent ne pas tomber de suite sous l'œil impatient de l'observateur, et cependant elles existent.

On est forcé de les admettre avant de les connaître, car il répugne, logiquement, de considérer un ensemble symptomatique, si complexe qu'il soit, comme primitif.

En France, on l'a compris pour toutes les psychoses. Ainsi, l'on n'a pas coutume de dire manie primitive, délire primitif de persécution ou mégalomaniaque ou mystique.

Pourquoi donc accorderait-on un privilège spécial à la confusion mentale ?

Pourquoi promulguerait-on en sa faveur une sorte de loi d'exception ?

Ce serait lui donner, j'ose le dire, une importance à laquelle elle n'a aucun droit.

Tout ce que l'on peut faire pour elle, tout ce à quoi elle peut prétendre, c'est à prendre rang à côté et non au-dessus de la manie et de la mélancolie qui ne sont, comme elle, que des formules cliniques purement symptomatiques.

Ces considérations gênent quelques auteurs. Ces derniers objectent qu'il faut bien distinguer la confusion mentale dont les causes directes et la pathogénie sont inconnues, de celle qui ne constitue qu'un aspect clinique particulier d'une affection plus élevée qu'elle dans l'échelle nosographique.

Mais cette objection a d'autant moins de consistance qu'on aurait pu la faire pour toutes les autres psychoses et qu'on ne l'a pas faite.

Les termes : manie aigüe, état maniaque, manie chronique, manie épileptique, accès maniaque au cours de la paralysie générale, délire aigu à forme de confusion mentale...suffisent. La confusion mentale se prête aux mêmes exigences. On dira simplement confusion mentale aiguë ou chronique (si toutefois cette dernière existe!) dans les cas où les éléments étiologiques sont incomplets et les conditions pathogéniques insuffisamment connues, et l'on dira accès de confusion mentale dans telle ou telle affection quand celle-ci sera connue.

La nécessité de changer les lois de notre momenclature française pour la confusion mentale ne se fait donc pas sentir. Le qualificatif « primitive » est inutile, et en contradiction avec les principes de la pathologie générale Je crois qu'il n'est pas bon de ne pas l'employer.

M. Klippel (de Paris). — Contribution a l'étude histologique des Dégénérescences spinales

Il est rare qu'on ait l'occasion d'observer dès leur début les lésions des dégénérescences spinales et jusqu'ici les auteurs ont peu insisté sur ce point.

Ce qu'on connaît très bien, c'est l'aspect des lésions à une période où la destruction des tubes nerveux est telle qu'il y a déjà sclérose.

On peut néanmoins surprendre le processus histologique

dans sa première phase, si l'on a soin de rechercher systématiquement la lésion chez des malades ayant succombé très rapidement à leur affection. Par la constance des lésions de la moelle dans laparalysie générale et par les cas de mort très rapide qu'on y rencontre parfois,cette maladie offre des conditions très favorables pour l'étude des altérations spinales, alors qu'elles sont encore *naissantes*.

A ce moment aucune lésion n'est visible à l'œil nu, et même à l'aide du microscope, on pourrait croire à l'intégrité de la moelle sans un examen très attentif. A ce moment, on est encore loin de la sclérose qui ne survient qu'à une période plus tardive. Tout l'intérêt des constatations est, en surprenant la lésion à son début, de pouvoir préciser ses caractères dans la première étape de son évolution.

L'ensemble du processus dégénératif pourrait être divisé en trois stades :

A. — Premier stade. L'altération porte essentiellement sur les tubes nerveux eux-mêmes et, parmi eux, sur les plus volumineux. Le tissu névroglique et les vaisseaux paraissent à ce moment en état d'intégrité pour ainsi dire complète.

Tout tube nerveux comprend une gaîne de myéline et un cylindre d'axe; ces deux parties sont altérées dans ce premier stade.

Invariablement la lésion débute par le centre du tube nerveux où la myéline perd ses cercles concentriques, tandis qu'elle les conserve encore à la périphérie du tube; elle débute donc, en ce qui concerne la myéline, autour du cylindre d'axe lui-même. Vu à un faible grossissement, avec ou sans coloration préalable, le tube nerveux est remarquablement augmenté de volume (œdème inflammatoire). Il semble hypertrophié par rapport à l'état normal et aux éléments qui l'entourent. Il ne s'agit pas, en réalité, d'une hypertrophie vraie, mais d'une tuméfaction, premier stade d'une lésion essentiellement destructive.

Avec de forts grossissements, on constate, du côté de la méyline, d'autres détails forts significatifs: la partie centrale de la myéline semble se liquéfier, elle devient hyaline et perd, en ce point, les cercles concentriques qu'elle offre à l'état

normal; quelquefois elle se transforme en boules très fines qui donnent à cette portion centrale un aspect granuleux; la coloration par le picrocarmin, la nigrosine, etc., est toujours plus intense que dans la portion périphérique saine, mais cependant sans atteindre le degré de coloration du cylindre d'axe qui, par le fait, reste très visible et bien distinct des portions altérées qui l'entourent.

Mais la myéline n'est pas seule atteinte, et sitôt qu'on peut constater les lésions précédentes, on observe déjà celle du cylindre d'axe lui-même. Ceci paraît conforme à ce qu'on sait de la nutrition du tube nerveux pris dans son ensemble; le cylindre d'axe, partie essentielle du tube nerveux, ne saurait devenir le siège d'un trouble important sans que la méyline s'altère à son tour, et réciproquement. Ce qui pourrait faire admettre une lésion primitive du cylindre d'axe, c'est ce fait signalé plus haut, à savoir que c'est précisément au voisinage de cet organe que débute la lésion dégénérative de la myéline, sa partie centrale étant déjà liquéfiée et transformée en boules granuleuses, tandis que sa périphérie offre encore des caractères normaux (cercles concentriques).

Mais quoi qu'il en soit du début de la lésion, soit par la portion de myéline qui confine au cylindre d'axe, soit par le cylindre d'axe lui-même, ce dernier présente des altérations des plus remarquables et qui peuvent se résumer ainsi :

Le cylindre d'axe s'hypertrophie en même temps qu'il présente des flexuosités et qu'il se contourne de façon à présenter sur les coupes des figures tout à fait singulières.

On sait que, sur la coupe transversale d'un tube nerveux, cet organe apparaît comme un point occupant exactement le centre du manchon de myéline dont il est l'axe rectiligne. Or, ce qu'on voit dans le début des lésions qui nous occupent, c'est une forme tout a fait différente: sur une coupe transversale le picro-carmin ou la nigrosine font apparaître un cylindre d'axe en forme de virgule, ou en forme de spirale, ou en forme de cercle, ou de huit de chiffre, ou d'S italique ou encore sous un aspect plus sinueux et plus irrégulier.

Les colorations par les réactifs habituels se font avec une intensité normale, ce qui permet de distinguer parfaitement la lésion. Cependant il arrive assez souvent que la méyline, alté-

rée au niveau du centre, prend une coloration plus foncée qu'à l'état normal, mais cependant pas assez forte pour que celle du cylindre d'axe cesse de trancher nettement sur les portions environnantes.

En faisant varier la vis micrométrique, on constate facilement que toutes les parties du cylindre d'axe ainsi contournées, ne sont pas sur le même plan, ce qui se conçoit facilement, et ce qui permet de conclure aux figures que l'on aurait en faisant des coupes suivant la direction longitudinale.

Les bords des croissants, des virgules, des spirales, etc., qu'on observe sont souvent réguliers; quelquefois on trouve que ces bords sont hérissés de saillies et que les sinuosités offrent sur leur trajet de petits renflements et des portions rétrécies et effilées. Ces lésions indiquent déjà que non seulement le cylindre d'axe est flexueux et contourné, mais qu'il est encore en état de dégénérescence.

Mais il y a plus: dans les points les plus altérés il présente, en effet, une fragmentation,granuleuse qui est le dernier terme de la lésion avant la résorption complète.

Le centre du tube nerveux présente alors, au sein de la myéline liquéfiée, une désintégration moléculaire composée de débris fortement colorés par le réactif du cylindre d'axe.

Beaucoup plus rarement cet organe se présente comme un filet très grêle au milieu de la méyline tuméfiée, ce qui indique qu'il peut y avoir sur son trajet des portions plus ou moins atrophiées. Enfin, il faut encore noter qu'en se contournant il peut être rejeté à la périphérie du manchon de méyline; on a alors une figure faisant croire à la coloration foncée d'un demicercle de méyline.

En cherchant à résumer les caractères de l'ensemble de la lésion on voit qu'elle est constituée par un gonflement pseudohypertrophique de l'ensemble du tube nerveux, par la désintégration de la myéline débutant dans les parties les plus voisines du cylindre d'axe, par le contournement flexueux de ce dernier et par sa désintégration moléculaire plus ou moins avancée.

On a sous les yeux le début d'un processus dont le dernier terme serait une destruction organique complète. Il est fort remarquable de faire ces constatations à une période où il n'existe encore que des altérations minimes du côté des vaisseaux

du tissu névroglique et à un moment où la sclérose fait défaut, le début de la lésion se faisant là par le fait dans l'élément nerveux lui-même.

Le processus qui vient d'être décrit se rencontre dans la moelle des paralytiques généraux ayant succombé dans les premiers temps de leur maladie, ou lorsque celle-ci est arrivée à une fin rapide. On le rencontre encore dans le tabes, mais, dans cette maladie, il ne nous a été donné de l'observer que sur certains points, tandis que sur d'autres il y avait déjà de la sclérose. La raison en est sans doute que nous n'avons pas eu l'occasion de faire des examens assez rapprochés du début de l'affection. C'est probablement là une lésion du début de nombreux processus dégénératifs dont le second stade est la sclérose.

Il nous a semblé que les points de l'axe spinal, où cette lésion se rencontrait le plus souvent, étaient les zones des cordons postérieurs les plus rapprochées des méninges, particulièrement dans les régions sacrée et dorsale. De rares tubes ainsi altérés se rencontrent encore dans les cordons antérieurs.

Enfin nous les avons vues avec toute la netteté désirable dans les tubes nerveux des cornes postérieures.

B. — Le deuxième stade de ce processus est la sclérose, ou mieux l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et névroglique, car bien souvent il n'y a nulle trace de prolifération et d'inflammation dans les lésions spinales qu'on est convenu de considérer comme une sclérose, Quelquefois, dans certains points ou dans certaines régions de la moelle arrivée à ce stade, on trouve encore la lésion du début, mais, le plus souvent, si accusée que soit la sclérose, on ne voit plus que des tubes nerveux absolument sains disséminés dans le tissu morbide.

C. — Enfin au milieu du tissu ainsi altéré, il peut se faire des poussées inflammatoires caractérisées par des amas de cellules embryonnaires, des foyers d'inflammation plus ou moins bien localisés et disséminés çà et là sur le trajet des cordons spinaux. Les vaisseaux eux-mêmes constituent le centre de ces nodules. On peut penser alors que ces lésions surajoutées sont le résultat d'une infection secondaire dans un tissu morbide dont le caractère primitif était la dégénérescence.

M. Devay (de Lyon). — Contribution a l'étude des Localisations convulsives chez les Animaux intoxiqués

Un très grand nombre de substances toxiques des centres nerveux, introduites dans l'organisme par les voies gastriques ou hypodermiques ou encore fabriquées par lui, comme cela se passe dans les états urémiques ou gastro-intestinaux avec fermentations secondaires, ont le pouvoir d'exagérer, s'ils existent encore, ou de faire apparaître identiques ou pervertis les symptômes d'une lésion nerveuse histologiquement guérie et ne se traduisant plus par aucun phénomène appréciable. Ainsi si on fait prendre une substance convulsivante à un individu ayant eu une paralysie, par exemple, dont il est ou semble guéri, on verra réapparaître ou de la paralysie ou des convulsions localisées mais cette fois d'une façon transitoire. Telle est dans l'épilepsie l'action de la belladone que M. le professeur Pierret a mise en évidence (1). Cette théorie s'applique a de nombreux cas d'épilepsie idiopathique.

A la Société des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou dans la séance du 17 avril 1892 M. Rossolimo a fait une communication sur un mode d'exploration des fonctions du cerveau ; elle présente de nombreux rapports avec les enseignements de M. Pierret. Le procédé, que M. Rossolimo qualifie de nouveau, consiste dans l'ablation d'une partie quelconque du cerveau d'un animal. Celui-ci survit jusqu'à l'établissement de manifestations cliniques stables ; il est alors soumis à l'action de la cocaïne ou de l'atropine que l'auteur emploie comme substances excitant les fonctions du cerveau. L'injection hypodermique de ces toxiques à ces animaux, préalablement opérés, amenait chez eux des troubles fonctionnels particuliers.

Les symptômes opératoires, devenus faibles avec le temps, revenaient en plus fort et pervertis avec les injections de cocaïne. L'auteur croit que ce mode combiné aidera à éclaircir les recherches sur la genèse de certaines maladies fonctionnelles du système nerveux.

(1) *Soc. des Sc. médicales*, juin 1891, Th. de Lyon 1893.

L'observation suivante que nous avons recueillie vient à l'appui des affirmations de MM. Pierret et Rossolimo. Nous avons tenté de faire réapparaître chez un chien les phénomènes cliniques, disparus depuis longtemps, à l'aide d'injections intraveineuses de substances convulsivantes. L'animal avait reçu dans la tête, un an auparavant, une balle de carabine Flobert. Celle-ci avait pénétré par l'orbite (à gauche) et avait déterminé les phénomènes suivants : le chien après un mouvement de manège à gauche était tombé sur le côté droit et était resté cinq jours dans un coma absolu. Après cette période, apparut une paralysie complète du train postérieur, qui disparut progressivement d'abord par la patte gauche, puis par la droite qui resta encore longtemps parésiée. Deux mois après l'accident, alors que les phénomènes parétiques avaient presque complètement disparu, le chien eut une crise d'épilepsie dont la fin fut marquée par des phénomènes spéciaux. La paralysie du train postérieur réapparut, persista quelques heures et disparut progressivement d'abord à gauche, puis à droite.

Plus d'un an après cette crise, alors que l'on pouvait supposer que les lésions produites par la balle étaient cicatricielles, nous avons, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Pierret, tenté, en déterminant une crise d'épilepsie par l'injection d'essence de sauge dans la jugulaire, de reproduire les phénomènes consécutifs au traumatisme et à la crise. L'expérience a été faite à l'école vétérinaire dans le laboratoire de M. Guinard, qui nous aidait de ses conseils. Quelques secondes après l'injection, l'animal paraît inquiet, ses membres se raidissent ; alors survient une chute brusque avec perte de connaissance suivie de convulsions toniques. Tous les membres sont tendus, tétanisés, les mâchoires serrées convulsivement ; la tête se tord et se renverse en arrière de façon à se mettre presque en contact avec la région dorsale. Bientôt le stade tonique fait place au stade clonique. Les membres et tout le corps sont agités dans tous les sens par des mouvements incessants. Les mâchoires s'ouvrent et se ferment alternativement sans venir au contact complet; une bave mousseuse et sanguinolente s'échappe des commissures. Ces mouvements persistent environ deux minutes. Jusqu'ici rien d'anormal ; l'attaque d'épilepsie s'est

montrée telle qu'on l'observe chez le chien après l'injection d'essence de sauge (Cadeac et Meunier). La crise terminée (elle ne s'est pas reproduite ainsi que cela se voit habituellement), le chien essaye de se relever, mais le train postérieur reste inerte ; au bout de quelques minutes, les mouvements se montrent très faibles d'abord, à gauche. Le chien se redresse difficilement sur trois pattes, mais ne peut se maintenir dans cette position et tombe sur le côté droit. Enfin tous les phénomènes parétiques disparaissent et le chien reprend son aspect habituel.

L'expérience renouvelée, on observe les symptômes terminaux, mais, en plus, la fin de la crise est marquée par une tendance au mouvement de manège à gauche.

Le chien a été sacrifié immédiatement et à l'autopsie voici ce que nous avons observé. La balle avait pénétré dans la boîte cranienne par l'orifice d'entrée du nerf optique en déterminant une fracture. Elle n'a pu être retrouvée malgré les recherches les plus minutieuses. Sur le cortex, au voisinage du gyrus sigmoïde on observe une plaque ulcéreuse de la dimension d'une pièce de un franc. Celle-ci donne l'apparence de ce qu'on observe en décortiquant un cerveau de paralytique général avec adhérences, mais chez l'animal il n'existe aucune adhérence des méninges au cortex. A la moelle vers le renflement lombaire on remarque une zone de ramollissement qui ne semble pas pathologique, mais due à un écrasement.

Les pièces ont été conservées et durcies dans une solution saturée de bichromate d'ammoniaque. Les coupes ont porté sur le tissu cérébral et sur la moelle, elles ont été colorées au carmin acétique, suivant le procédé indiqué par M. Pierret, lavées dans l'alcool absolu, puis l'essence de térébenthine rectifiée et montées au baume de Canada.

Moelle. — A un point de vue général dans toute l'étendue de la moelle aussi bien dans les régions supérieures que dans les régions inférieures, on note dans les dépendances du cordon pyramidal (faisceau direct et faisceau croisé) des altérations pathologiques manifestes portant principalement sur les cylindres axes. Ces éléments sont le plus souvent augmentés de volume dans la proportion de 3 à 1 ; de plus un assez grand

nombre d'entre eux sont évidemment en voie de destruction, comme on l'observe dans les dégénérescences secondaires (Michaud).

D'ailleurs cette transformation du volume des cylindres axes et ces altérations de structure correspondent, pour le tractus pyramidal du côté gauche à une altération plus profonde encore, mais qu'on ne voit bien que dans les régions tout à fait supérieures. Au niveau des racines inférieures du spinal, la trame névroglique a en grande partie perdu ses aptitudes chimiques. Elle se colore mal et ne limite plus que des espaces clairs et renfermant une myéline évidemment chimiquement transformée et des cylindres axes qui, lorsqu'ils sont reconnaissables, sont extrêmement petits. Par ce seul fait ils diffèrent totalement de ce qu'ils sont d'ordinaire dans cette région.

Le cordon postérieur ne présente aucune altération.

D'une manière générale, les cornes antérieures et postérieures sont le siège d'une congestion assez vive. Pourtant cette congestion est plus manifeste dans les cornes antérieures et postérieures du côté gauche. Elle a même été poussée, dans ces dernières, à un point tel que les petits vaisseaux se sont rompus, et l'on constate, dans l'angle rentrant qui sépare les deux cornes, trois ou quatre petits foyers hémorrhagiques parfaitement manifestes et qui n'existent pas à droite.

On doit aussi noter du même côté que certaines cellules des cornes antérieures ont subi une sorte de tuméfaction assez analogue à celle décrite par M. Charcot dans les myélites. Les vaisseaux ne présentent pas d'altération sensible, bien que les méninges présentent quelques traces légères d'irritation.

Ces hémorrhagies se retrouvent dans le bulbe.

Cortex. — L'écorce, au niveau du point cicatriciel qui a fait l'objet de notre étude histologique, comparativement aux autres régions cérébrales, présente une coloration un peu plus intense. Les lésions consistent en modifications cellulaires et altérations vasculaires.

Cellules nerveuses. — Elles sont en plus petit nombre et disparaissent dans un tissu névroglique plus abondant. Cette modification est surtout appréciable par la comparaison avec

les régions symétriques de l'écorce cérébrale. Ces cellules sont déformées, les unes augmentées de volume, les autres, en moindre quantité, en voie d'atrophie. Leurs prolongements nerveux sont tronqués.

Vaisseaux. — Les parois du capillaire sont profondément altérées; elles présentent de l'épaississement en même temps qu'une prolifération nucléaire très abondante. Le calibre de ces vaisseaux est détiré. Leur gaîne lymphatique est gorgée de globules rouges et blancs.

Il s'agit bien, en somme, d'une cicatrice cérébrale. Celle-ci, sous l'influence des toxiques introduits artificiellement, a modifié les phénomènes convulsifs; dans l'expérience intéressante que nous avons faite, elle a produit des phénomènes de rappel.

Nous touchons ici un point non étudié de la pathogénie de la crise convulsive. L'épilepsie peut, en effet, selon M. le professeur Pierret, être considérée dans un très grand nombre de cas, comme due à la stase de toxiques dans l'encéphale, stase favorisée par des scléroses de natures diverses. Il n'est donc pas étonnant de voir reparaître chez notre chien des crises consécutivement à l'absorption de toxiques convulsivants. On connaît, d'autre part, avant la crise, l'hypotoxicité des urines, tout récemment constatée (Voisin). Les poisons, dits urémiques, peuvent donc rappeler, chez les individus porteurs de lésions d'encéphalite guérie, des symptômes convulsifs plus ou moins réglés.

MM. Bonnet et A. Marie (de Paris). — Hallucinations synesthétiques, sensations fausses associées et audition colorée chez quelques aliénés.

L'audition colorée est ce phénomène spécial, disent Blocq et Onanoff, qui consiste en ce que les sujets atteints voient une couleur chaque fois qu'ils entendent un son. C'est ainsi que les bruits (sifflet de locomotive) évoquent par exemple la vision du rouge; les sons (piano, clarinette) celle du bleu, du noir; la voix (enfant, homme) celle du bleu, de l'orange; les sons arti-

culés, voyelles (a e i o u) ont une couleur différente pour chacune; enfin il n'est pas jusqu'aux chiffres qui ne donnent lieu à des sensations colorées. Il n'existe aucun rapport entre l'objet désigné par le son et la couleur que ce son évoque; de plus on observe les plus grandes variations individuelles. Tel voit l'o bleu, tel autre le voit jaune. Enfin le phénomène a plus ou moins d'extension; chez certains, une seule catégorie de sons, la parole, provoque la sensation de couleur.

« On n'est pas encore fixé sur la valeur pathogénique ou séméiologique de ce signe que l'on peut considérer cependant comme un stigmate de dégénérescence ».

Aucun de ceux, dit Binet, qui réellement ont de l'audition colorée, ne peut détruire volontairement ses associations ou les remplacer par d'autres; du moment que l'a est rouge, il restera rouge malgré un effort fait pour le voir jaune ou incolore. « C'est une association indissoluble, une idée fixe, une *obsession* ».

Nous touchons ici au caractère fondamental du phénomène, puisqu'il consiste dans une association artificielle et insurmontable, on ne peut le considérer comme un état strictement physiologique; c'est une déviation si insignifiante qu'on le suppose, de la marche ordinaire et normale de la pensée; elle coïncide le plus souvent, il est vrai, d'après les observations des meilleurs auteurs, avec un parfait état de santé physique et morale; peut-être trouve-t-on chez la majorité des sujets une légère prédominance du tempérament nerveux. L'influence de l'hérédité a été notée plusieurs fois; on a compté jusqu'à quatre ou cinq cas dans la même famille et il y avait alors beaucoup de ressemblance entre les alphabets colorés des parents.

Depuis la thèse de Millet et les anciens travaux français et étrangers sur la question, l'audition colorée a fait l'objet de plusieurs études des plus intéressantes; il n'entre pas dans notre but d'en entreprendre la critique, nous rappellerons que M. S. de Mendoza en a fait une synthèse où il a cherché à grouper scientifiquement les faits épars. Pour lui, le phénomène est une pseudesthésie dont il existe autant de variétés que de sens, d'où :

Pseudo-photesthésie (vision colorée).

Pseudo-acouesthésie (audition).

Pseudo-phrénesthésie (olfaction).
Pseudo-gousesthésie (gustation)
Pseudo-aphesthésie (tact).

Chacune de ces sensations subjectives pouvant être éveillée par l'un quelconque des sens réellement excité, il s'ensuit des sous-varietés analogues.

L'auteur précédent ajoute même, sous le nom d'idéation colorée, un phénomène qui pourrait bien être lié à la sensibilité musculaire et réductible en un phénomène psycho-moteur et non purement psychique.

La plupart des observations classiques peuvent se diviser en deux :

1º Celles où le facteur pathologique est évident, exemple : cas d'hystérie de Grazzi et Franceschini et ceux plus récents de M. Le Dantec; d'après ce dernier, la sensibilité colorée serait de règle chez les hystériques anesthésiques, ce serait une sorte de transposition dans la sphère visuelle des perceptions abolies dans la sphère du toucher.

2º Cas où le facteur, prédisposition héréditaire, est seul net, exemple : Thèse de Sachs d'Erlanger sur son cas et celui de sa sœur (1812), cas des frères Nussbaumer et Turbarchi.

D'autres, avec Bleuler ont attribué cette faculté à une erreur de l'esprit. MM. Pouchet et Tourneux croient que cette bizarrerie des sens est due au trajet anormal des fibres nerveuses de l'oreille, se rendant aux centres perceptifs exclusivement affectés ordinairement par les fibres du nerf optique.

Lussaux admettait que l'organe de la notion des sons et celui de la perception des couleurs résident ensemble dans deux circonvolutions contiguës et qui, chez certains sujets se trouvent parfois réunies par une anastomose, disposition qu'il a même figurée dans son mémoire sur la physiologie des couleurs.

C'est qu'en effet tout porte à croire que les sensations subjectives en question résultent d'associations anormales, dont le substratum organique peut être une anormalie de fibres commissurales d'un centre sensoriel à l'autre.

Pour rester sur le terrain clinique, il nous a paru intéressant de rapporter quelques observations personnelles montrant que ces phénomènes se rencontrent dans nos asiles, chez des aliénés

et des dégénérés incontestés, Dès lors, on est en droit, croyons-nous, de les considérer comme pathologiques.

C'est une vieille observation clinique, dit Nordau, que la déchéance intellectuelle est accompagnée d'un mysticisme des couleurs. Un malade de Legrain « s'attachait à connaître le bien du mal par la distinction des couleurs en remontant du blanc au noir ; quand il lisait, les mots avaient un sens caché qu'il comprenait » (Legrain, p. 62).

Lombroso (Génie et Folie, p. 233) cite des originaux « qui, comme Wigman, faisaient confectionner pour l'impression de leurs œuvres du papier orné de plusieurs couleurs sur la même page..... »

Tel paraît encore le cas de la famille citée par M. Lauret : le père, âgé de 50 ans, ancien officier ; la mère, qui éprouve des sensations lumineuses, analogues à celles de son mari, et l'enfant qui présente également une ébauche des mêmes phénomènes.

La nature névrosthénique du phénomène paraît encore prouvé par sa guérison, si l'on peut ainsi dire, comme dans l'observation de M. de Rochas ; un élève de l'Ecole polytechnique vit disparaître l'audition colorée « vers l'âge de 30 ans, lorsque son système nerveux, surmené, se fut calmé par la cessation des fatigues intellectuelles.. »

On ne peut s'empêcher, d'autre part, de songer aux arithmomanes en lisant certaines observations d'arithmochromatopes.

Pour certains, en effet : « 1 est noir, 2, gris-bleu, 3, jaune, 4, gris, légèrement jaune ; 5, chocolat foncé ; 6, carmin ; 7, bleu ; 8, rouge rosé ; 9, blanc ; 0, jaune. »

Les nombres composés donnent des couleurs qui ne sont autres que celles produites par les chiffres composants.

Ainsi, 367 est jaune, carmin et bleu. Mais lorsque le nombre est composé d'un chiffre suivi de plusieurs zéros, la couleur du premier chiffre apparaît seule, quelquefois teintée de jaune.

Ainsi, 10 est noir comme 1 ; 9, 90, 900 sont blancs (V. Galton).

Une dame citée par de Rochas rapporte qu'elle voit 0 et 1 blanc rayé de noir, 2 et 7, jaune vif ; 3, lilas tournant au violet ; 4, bleu ; 5, rose ; 6, rouge ; 8, vert foncé, et 9, brun café !!!

Un certain nombre d'observateurs, avec Nussbaumer, ne voient là qu'une exagération de la sensibilité des centres chromatiques, déterminant une connexion intime entre le sens chromatique et le sens acoustique, chez des personnes qui, dès leur jeunesse, ont comparé les sons aux couleurs.

Filon enduisit d'une couleur différente chaque page du livre composé par lui.

Barbey d'Aurevilly, que les symbolistes honorent comme un précurseur, écrivait des épîtres où chaque lettre d'un mot était peinte avec une encre d'autre couleur.

La plupart des aliénistes connaissent par expérience des exemples d'écriture analogues.

« Chez les hallucinés, dit Schüle (p. 134, trad. Duhamel et Dagruet), les voix produisent souvent toutes sortes d'images. Elles font voir au malade des corps informes, tels que des pierres, des morceaux de bois et de métal; certains prétendent apercevoir des voix bleues et cherchent à les saisir..., etc. »

Un malade de MM. Magnan et Sérieux est persécuté depuis de nombreuses années par l'électricité ; mais les *décharges ont une couleur variable*, aussi, appelle-t-il cela la *teinture électrique*.

Les ennemis qui lui envoient ces singulières couleurs sont les *teinturiers*, dont il donne les noms.

Il reçoit aussi des jets de *vitriol vert* dans la rue, ou bien il se sent brûlé par des *fusées rouges*.

Chez ces malades, on peut observer, comme dans le cas précédent, des néologismes caractéristiques.

Une observation suivie permet de reconnaître, le plus souvent, la constance des couleurs associées à telle ou telle perturbation spéciale des sens, autres que celui de la vue, par exemple, le rouge s'associera à la sensation imaginaire de brûlure, plus ou moins foncé selon l'intensité de ladite brûlure.

Le vert, par contre, sera associé à d'autres troubles de la sensibilité générale, en dehors de la sphère thermique.

Un malade persécuté, que nous avons observé, s'exprimait ainsi : « Quand l'électricité m'arrive dans les oreilles elle m'occasionne, par répercussion dans l'œil, des sensations de couleurs vives... »

Il se croit, en effet, électrisé par un « dynamo » dont les dé-

charges pénètrent plus particulièrement dans ses oreilles, ce dont il cherche à se défendre en se mastiquant le conduit auditif avec du mastic de vitrier.

Si on lui fait préciser les couleurs évoquées par les décharges électriques reçues dans l'oreille, il donne des détails précis.

Le maximum d'intensité lumineuse paraît être la nuit, de même qu'une flamme paraît plus claire dans l'ombre.

Les décharges électriques suscitent dans ses yeux des pointes d'aiguilles en feu, comme des fulgurations, ce lui est une preuve de la nature électrique de ces phénomènes.

C'est bien *dans son œil que cela se passe,* car il le perçoit même les yeux fermés. Le jour, si on comprime les globes oculaires fermés, on provoque naturellement des phosphéries dans lesquelles il croit reconnaître la vision lumineuse des persécuteurs.

En dehors de toute compression, le phénomène peut être plus ou moins atténué et la lueur plus ou moins marquée, selon la force des décharges, c'est-à-dire selon l'intensité du trouble hallucinatoire auriculaire.

Le « dynamo », source des décharges électriques, produit un ronflement effrayant plus ou moins aigu ; le timbre variable de l'instrument correspondrait aux différentes nuances de couleurs perçues depuis le violet sombre jusqu'au rouge de feu.

Au degré maximum, les persécuteurs produisent une véritable fantasmagorie ; sur les couleurs vives ainsi produites, se détachent des silhouettes plus sombres, des visions de nègres, des hommes barbus, des femmes en corset noir, etc. (à cette phase, il semble que l'éréthisme se généralise; la sphère génitale peut entrer en jeu (érections, organus), évocation de toutes pièces de tableaux vécus antérieurement; rappel de faits anciens sous forme de reproduction d'images visuelles accompagnées parfois d'hallucinations complexes auxquelles participent toutes les sphères sensitives sensorielles ; on lui fait alors revivre le passé, ses relations avec sa femme, depuis le début de son mariage, les événements de son congé militaire et tous les faits depuis l'âge de 12 ans... C'est une sorte de délire rétrograde avec hallucinations palaingnostiques. Mais toujours ces phénomènes visuels sont suscités par l'arrivée du courant électrique dans les oreilles, ils sont, en quelque sorte, secondaires,

par rapport à ce trouble primitif, et tandis que le malade affirme l'électrisation réelle de son oreille, il considère comme hallucinatoires les visions de couleurs ou de personnages. — « On lui fait voir telle chose ou telle teinte qu'il traite de fantasmagories, tandis qu'il affirme l'existence du dynamo qui électrise son oreille ; c'est, d'ailleurs, de ce côté seulement qu'il emploie des moyens de défense » (mastic dans l'oreille).

Quelquefois le courant lui est envoyé dans le nez, alors il ne voit rien, mais éprouve seulement des contractions des paupières (Blépharospasme).

L'électricité a une odeur et un goût indéfinissables. Il sent cette odeur et ce goût même quand le courant entre par l'oreille, lorsque l'électricité est en grande quantité, alors il se sent gonfler, l'estomac en est disloqué, il étouffe, le courant peut sortir par l'anus, tout son corps est alors torturé, ses jambes et ses bras se contractent, il ne peut plus marcher, il ne peut plus écrire (crampe des écrivains).

« Par la télégraphie optique combinée à l'action du dynamo dans l'oreille, ils opèrent parfois la dictée chromatique ». Pendant qu'il rédige par exemple une lettre dénonçant ces abominables tortures, sa vue se brouille, son bras s'engourdit, on lui fait alors passer devant les yeux des couleurs variées auxquelles correspondent des lettres que sa main retrace machinalement et qui forment une autre rédaction dans la sienne ; c'est, le plus souvent, une réplique à la phrase qu'il vient de mettre, l'écriture en est un peu différente ; par exemple, après avoir minutieusement décrit les épouvantables tortures qu'on vient de lui faire subir dans sa baignoire, au bain, il signe : « L. G. persécuté et exécute, tous les lundis, de terribles et cruelles expériences électriques sur moi.... depuis 39 mois.... et nous espérons encore en faire des expériences et te faire souffrir effroyablement dans les contorsions et les contractions » etc. (suivent des insultes et l'annonce de souffrances nouvelles pour le jour suivant avec détail de ce qu'on lui fera subir, ce qui ne manque jamais de se réaliser à l'heure dite).

C'est alors de la pseudo photesthesie associée aux lettres écrites, c'est-à-dire à la sensibilité musculaire de la motilité graphique ; encore le phénomène ne se présente tel que lié à l'automatisme graphique, l'écriture volontaire et spontanée ne

s'accompagnant pas de vision colorée pas plus que l'articulation verbale des lettres.

Une autre de nos malades présente des hallucinations complexes où un trouble de la sensibilité générale éveille secondairement des troubles analogues des sphères olfactives et visuelles.

On lui envoie par le plafond, sur la tête des *pestes coupantes* qui lui labourent le cuir chevelu, aussi se coiffe-t-elle d'une casserole métallique pour s'en défendre. Les pestes l'empoisonnent en répandant ensuite une odeur repoussante ; elles les voit vertes ou rouges, lorsqu'elles lui tombent sur la tête.

Chez les malades précédents, le phénomène se rencontre intimément incorporé au délire, et est moins facile à reconnaître, mais on peut le rencontrer à l'état de simplicité. Or ce n'est pas chez des individus cultivés comme on le pourrait croire, mais chez des dégénérés à mentalité inférieure, parfois. C'est ainsi que nous en avons trouvé un cas dans un malade du service de M. le docteur Dubuisson de Saint-Anne. C'est un dément précoce sans conceptions délirantes caractérisées liées au phénomène qui nous occupe. Sur notre prière il a écrit de sa main les couleurs qu'il attribuait aux voyelles entendues.

On remarquera que le malade a d'abord oublié l'é accentué, il a surchargé son premier mot et a récrit plus loin la lettre i, avec la même couleur que la première fois et soulignée (*rouge*), Ce petit autographe nous a paru intéressant à produire dans sa naïveté, nous le donnons sans commentaires.

N. *a*. .... Noir.
e. .... Gris.
é. .... Blanc.
i. .... Rouge.
o. .... Jaune.
u. .... Bleu.

De ce qui précède, il nous paraît ressortir une fois de plus que les pseudo-synesthésis du genre de l'audition colorée ne sont pas le produit d'un jeu de l'imagination, mais bien des phénomènes psychologiques *réels* et que l'on peut rencontrer en pathologie mentale à l'état simple ou incorporés aux troubles psychopatiques.

M. Bailleul (de Clermond-Ferrand). — Du Vagabondage en Médecine légale

Dans un mémoire présenté au Congrès national d'aliénation mentale qui se réunissait pour la première fois en août 1890, à Rouen, sur l'initiative de MM. les Docteurs Giraud et Delaporte, médecins-directeurs des asiles de Saint-Yon et de Quatremar, sous la présidence du regretté M. le Professeur Blul, nous avons eu l'honneur de signaler le déséquilibre intellectuel et la folie caractérisée d'un certain nombre d'individus qui, à la suite de condamnations par les tribunaux répressifs, sont détenus dans les prisons.

Sans rentrer dans l'examen analytique des faits et chiffres statistiques qui, relevés pendant une longue suite d'années, démontrent qu'il y a là une continuité et une concordance de faits dénotant un état général à non pas seulement des anomalies dues à des causes exceptionnelles avec lesquelles elles naissent et sont destinées à disparaître, nous rappellerons brièvement la double conclusion que nous émettions, la nécessité d'asiles en quartiers spéciaux pour les criminels reconnus atteints d'aliénation caractérisée, et l'avantage, pour toute une classe intermédiaire entre ces fous qualifiés et les criminels en pleine possession, de s'inspirer de certaines pratiques de la médecine mentale pour la direction disciplinaire et la réforme des délinquants de cette catégorie.

Si l'égalité doit exister quelque part, c'est assurément dans l'application de la loi pénale et l'on ne saurait admettre, à aucun degré, que des considérations de famille ou de situation sociale permettent de faire échapper des coupables à un châtiment mérité ou, après la condamnation intervenue, de modifier le régime qui en est la suite pour les privilégiés en faveur desquels sont invoquées ces considérations; mais la raison comme le cœur s'accordent pour rechercher et préciser, dans la détermination de la culpabilité et dans l'exécution du châtiment, les signes diagnostiques de la pleine raison, de la passion ou de la folie, et s'il est conforme à la justice d'appliquer à la première toutes les conséquences d'une imputabilité reconnue,

il est non moins juste de tenir compte, dans l'appréciation de la responsabilité, de l'aveuglement de la passion et de l'absence de libre arbitre de la folie. Légistes et médecins sont d'accord sur ces points qui ne paraissent plus souffrir difficulté aujourd'hui et l'on peut dire que la médecine légale, jadis une étrangère et presque une ennemie, a conquis maintenant ses lettres de grande naturalisation dans le domaine de la justice répressive. La difficulté n'est plus sur la reconnaissance du principe, mais elle reste entière sur la délimitation des cas d'intégralité, d'atténuation ou d'absence de responsabilité.

Pour les extrêmes, on peut croire qu'avec les progrès incessants de la science, les doutes sont levés, et le temps est passé où l'on brûlerait en place de Grève, comme criminelles, de malheureuses hystériques qualifiées de sorcières, aussi bien que les victimes de leurs dénonciations incohérentes, comme le curé Grandier, il n'en a jamais été de même pour l'état intermédiaire. Le moyen terme est, en effet, le plus complexe et le plus difficile à établir dans chaque particulier, parce qu'il répond à une situation indéfinie, touchant par un bout à la raison entière et par l'autre à la folie absolue. Il y a une graduation des manifestations de l'intelligence, ici, et avec altération partielle qui oblitère la conscience dans tel ou tel acte, la laissant entière dans les autres, là obscurcissement plus ou moins général ne laissant au sujet qu'une notion vague et malheureusement sans durée du bien ou du mal par l'accueil qu'il rencontre autour de lui. La situation la plus fréquente que l'on trouve dans les prisons est celle d'un arrêt plus ou moins complet du développement des facultés mentales, arrêt congénital ou accidentel par suite de chutes, de certains traumatismes, de la misère physique ou morale, de l'alcoolisme ; elle constitue ainsi un groupe de *minus habentes*, au milieu desquels se distingue une catégorie spéciale, celle des vagabonds.

D'après la loi pénale (art. 270), les vagabonds sont des gens qui n'ont ni domicile certain, ni moyens de subsistance et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession et, d'après l'article qui précède, le vagabondage est un délit.

Dans l'acception ordinaire du mot, le vagabondage est le fait d'un homme qui erre à l'aventure, sans avoir une habitation pour y trouver un abri quotidien ; peu importe, d'ailleurs,

un domicile d'origine ou tout autre domicile de droit, s'il n'y a point résidence de fait. De telles circonstances en elles-mêmes n'ont rien de répréhensible, et cependant la loi pénale les assemble en un corps qu'elle qualifie de délit, alors même qu'aucun méfait n'a été commis, qu'aucun préjudice n'a été porté à autrui, ni dans sa personne ni dans ses biens.

Sans doute, les vagabonds pris ainsi dans un sens général présentent un réel danger pour la sécurité publique, en raison des méfaits auxquels ils peuvent se livrer, des déprédations qu'ils peuvent commettre, et l'expérience démontre que le passage dans les campagnes de ces gens errants est souvent marqué par de nombreux délits. Une méfiance légitime les suit partout, même innocents et inoffensifs, et le vagabondage qui, en lui-même, est un acte purement négatif, devient aussi une présomption de délit, et c'est cette présomption même qui, à défaut d'entreprise malfaisante, d'acte délictuel quelconque, est reprise par la loi, poursuivie ou punie comme délit, pour aboutir à la prison.

L'expérience des hommes et des choses de prison amène cependant à distinguer diverses classes de vagabonds, les uns professionnels du vice et du crime, les autres, simplement malheureux, ouvriers sans travail et partis à l'aventure dans l'espérance d'en trouver. d'autres enfin formant une troisième classe complètement distincte des deux premières et formée de déséquilibrés à des degrés divers.

Si la prison, lieu de repression, convient aux premiers, chez qui le vagabondage n'est qu'un moyen ou une occasion de délits et de crimes, il n'en est point ainsi des seconds, victimes souvent de l'organisation sociale du travail, quelquefois aussi de l'imprévoyance, auxquels il manque seulement ce secours momentané et l'assistance qu'ils trouvaient dans le compagnonnage et qu'ils peuvent retrouver dans les associations des corps de métiers reconstitués, et encore moins des derniers que réclame l'asile.

Ces êtres incomplets, ces *minus habentes*, sont incapables de se diriger par eux-mêmes, et quand fait défaut la tutelle de la famille, quand disparaît le patron auquel ils étaient attachés dès l'enfance, comme le serf l'était autrefois au domaine sur lequel il naissait, vivait et mourait, ils s'en vont à l'aventure, à

la recherche d'un autre soutien, vivant au jour le jour des ressources de la charité ou du produit d'une corvée de manœuvre fortuitement trouvée, portant le lendemain leurs pas plus loin, sans but tracé, aux hasards des routes, jusqu'à ce qu'ils trouvent un nouveau gite ou qu'ils tombent entre les mains des gendarmes : c'est le vagabondage et pour conclusion la prison.

Là, que font-ils ? Ils y traînent cette existence misérable si bien décrite par M. le Dr Parchappe, sans profit pour la moralité publique, sans correction possible, puisqu'ils sont inconscients, et sans résultat appréciable pour le travail, puisqu'ils sont incapables d'enseignement de toute main-d'œuvre exigeant le moindre effort intellectuel ; au détriment de la discipline intérieure qui, dans un lieu de repression, s'impose à tous, et au grand dommage de la justice sociale diminuée par la peine infligée à des inconscients.

Le type de ce vagabond est facile à retrouver, et il n'est personne ayant traversé les campagnes qui ne l'ait rencontré marchant silencieux d'un pas lourd, avec l'aide d'un bâton arraché à une haie, l'épaule courbée sous le poids d'une besace qui forme tout son bien, à la fois porte-manteau et garde-manger pour les guenilles de réserve et les croûtes de pain recueillies, la tête penchée en avant, l'œil sans éclat comme une lanterne sans lumière. L'intelligence obscurcie comme par un voile reste fermée à l'enseignement ; mais s'il reste réfractaire à l'instruction, il se montre susceptible d'éducation tendant au perfectionnement de quelque aptitude naturelle que le naufrage de la raison a laissée intacte. C'est cette situation psychique spéciale qui le rend impropre à tous travaux exigeant quelque mémoire ou des efforts intellectuels répétés ; incapable d'un raisonnement suivi, il peut, dans la mesure de ses forces physiques, tout ce qu'on peut obtenir d'une machine ou d'un animal, tourner une roue, remuer la terre, porter un fardeau, garder des troupeaux et autres travaux de même nature.

La caractéristique de ce vagabond est l'isolement : il marche seul dans la vie, dans laquelle il s'est trouvé isolé au début, et de laquelle il sortira isolé ; sans liens de la famille dont il a été sevré ou qui ont été rompus, il ne songe pas à s'en créer.

Un tel être n'est point un délinquant, et c'est chose contraire à la justice que de lui infliger une peine qu'il n'a pas méritée.

Faut-il le laisser errant ? Un tel abandon serait inhumain, en même temps qu'il resterait une cause de trouble pour la sécurité publique.

Le Code pénal lui-même dans sa rigueur a prévu pour lui un secours répondant à sa situation spéciale, même après jugement de condamnation passé en force de chose jugée, les vagabonds peuvent être réclamés par délibération du consei municipal de la commune où ils sont nés, ou cautionnés par un citoyen solvable. La réclamation accueillie ou la caution agréée, les individus ainsi réclamés ou cautionnnés sont renvoyés ou conduits dans la commune qui les a réclamés ou dans celle qui est assignée comme résidence sur la demande de la caution.

Où trouver des cautions ? Et quant aux conseils municipaux, ils se garderont bien d'une intervention qui doit mettre en vigueur les obligations du domicile de secours. Sans appui, abandonné de tous, pour tous objet de défiance, que devient ce vagabond, cet être inoffensif, ce *minus habens* que nous venons de présenter ? Epave de la civilisation, il meurt le long du chemin ou revient à la prison, c'est-à-dire à la répression faite seulement pour les conscients et les coupables.

Il y a là une injustice sociale; s'il s'agissait d'une infirmité physique, elle éclaterait aux yeux et l'hospice s'ouvrirait pour le malheureux ; il appartient à tous ceux qui sondent les les misères humaines, et à ce titre, au premier rang, aux aliénistes de montrer cette autre infirmité d'un caractère psychique bien plus douloureuse et plus digne de pitié et, par leur concours, de généraliser l'œuvre entrevue à titre d'exception par le Code pénal lui-même.

Ce sera œuvre de justice, et c'est œuvre d'humanité.

M. Lannois (de Lyon). — De l'Étiologie otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale dite a frigore

I

Je désire appeler votre attention sur l'otite moyenne, légère comme cause fréquente de la paralysie faciale périphérique.

Si cette étiologie de la paralysie de Bell n'est pas inconnue,

elle me paraît du moins beaucoup trop souvent négligée par les observateurs, car un examen méthodique de l'oreille fait défaut dans la grande majorité des cas publiés.

Déjà, après que Bérard eût fait admettre sa théorie du gonflement du névrilème dans le canal de Fallope, plusieurs médecins exprimèrent l'opinion que beaucoup de cas paraissant dûs au refroidissement pouvaient bien avoir pour origine une légère otite moyenne. Le plus important des travaux dans ce sens fut un mémoire lu par Deleau à l'Académie de Médecine (1857) où il soutenait que la paralysie essentielle du nerf facial est très rare et que la plupart des cas ainsi qualifiés sont dus à des lésions légères de l'oreille passant inaperçues; pour lui l'hyperacousie bien connue depuis les recherches de Landouzy était un symptôme d'otite interne. L'inflammation du nerf facial se faisait par contiguité.

Dans son rapport, Roche se montra plus radical encore : il nia la paralysie rhumatismale et invoqua comme cause unique une lésion anatomique de l'oreille interne.

Depuis lors, tous les traités classiques signalent cette opinion de Deleau et de Roche, mais seulement pour en faire ressortir l'exagération évidente ou pour montrer qu'elle n'est plus en rapport dans ses détails avec les connaissances plus précises que nous possédons aujourd'hui sur les maladies de l'oreille. Cela fait, l'étiologie auriculaire de la paralysie faciale devint lettre morte. Il serait facile d'en donner des exemples : je me contenterai de deux.

Il y a quelques années, M Neumann a publié sur l'étiologie de la paralysie faciale deux mémoires (1) qui ont fait grand bruit. L'auteur rejetait l'influence du refroidissement comme trop banale et cherchait à démontrer que la véritable cause de la paralysie faciale était la prédisposition nerveuse, l'hérédité nerveuse. J'ai lu attentivement les 17 observations de son premier mémoire. Quinze seulement ont été vus par l'auteur ; sur ce nombre, huit fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, M. Neumann cite expressément des douleurs vives, très vives, lancinantes au niveau de l'apophyse mastoïde ou dans l'oreille. Cinq fois sur huit, les douleurs avaient précédé de un à deux

(1) Neumann, — *Archives de Neurologie*, 1887 et 1888.

jours l'hémiplégie faciale. Malgré cela, dans aucun cas, l'examen de l'oreille n'a été fait. M. Neumann paraissant croire que seule l'otite avec carie du rocher est susceptible de donner naissance à la paralysie faciale.

Même remarque pour une bonne thèse de M. Despaigne (1) qui se dit « persuadé qu'il existe une légère otite dans bien des cas,... que dans beaucoup de faits classés sous la rubrique d'hémiplégie faciale à frigore, le froid n'a agi que d'une façon indirecte en développant une otite. Une conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il serait à désirer qu'en pareil cas on examinât l'oreille moyenne », et dans aucune des observations qu'il cite cet examen n'a été fait.

Cela tient très certainement à ce que beaucoup de médecins considèrent, bien à tort il est vrai, l'examen de l'oreille comme une chose très difficile, alors qu'en réalité il est beaucoup plus aisé que celui de l'œil ou du larynx. Aussi la question a-t-elle été serrée d'un peu plus près par les médecins otologistes.

Wilde a beaucoup insisté sur ce fait que, dans les cas de lésions unilatérales de l'oreille moyenne, en comparant les deux moitiés du visage, on trouvait souvent une diminution de l'action des muscles du côté malade. Les observations de Wilde, Toynbee, Troltsch, Tillmanns, Politzer, Urbantschitsch, Walb, etc., ont démontré que, dans les otites catarrhales sans perforation, il pouvait se produire des paralysies faciales plus ou moins intenses.

Mais le travail le plus complet et le plus intéressant qui ait été produit ces dernières années sur ce sujet est le mémoire que M. Gellé a présenté au congrès de Berlin en 1890 (2). Placé par le professeur Charcot à la tête de la consultation otologique annexée à la clinique des maladies du système nerveux il put examiner un très grand nombre de malades atteints de la paralysie faciale de natures diverses. Sur un total de trente et un cas de paralysies périphériques, M. Gellé dit que vingt-huit fois il s'agissait d'hémiplégies faciales liées à des troubles de l'ouïe : cinq fois il

(1) Despaigne. — *Etude sur la paralysie faciale périphérique*, thèse de Paris, 1888.

(2) Gellé. — *Otite et paralysie faciale,* Congrès de Berlin et *Ann. des maladies de l'or. et du larynx*, 1890. — Voir aussi deux leçons du professeur Charcot.

y avait de l'otorrhée chronique et vingt-trois fois des otites moyennes aiguës, indiscutables dans dix-huit cas. La suppuration n'exista que deux fois. M. Gellé insiste à plusieurs reprises sur ce point que ce ne sont pas les otites suppuratives qui déterminent le plus souvent la paralysie faciale, mais bien les otites à forme interstitielle, les otites plastiques, ostéo-périostiques.

On se rend facilement compte de la pathogénie de ces paralysies faciales en réfléchissant aux rapports anatomiques du nerf facial avec la caisse du tympan. C'est, en effet, une donnée bien classique, bien connue que la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope n'est séparée de la caisse sur une longueur de dix à douze mill. que par une lame osseuse mince et transparente. « Cette lame osseuse peut même faire défaut par places et, dans ce cas, le contenu de l'aqueduc, c'est-à-dire le nerf facial, n'est plus séparé de la caisse que par l'épaisseur d'une fibro-muqueuse. De pareils faits s'expliquent par un arrêt de développement, car jusqu'au quatrième mois de la vie embryonnaire, comme l'a démontré Rüdinger, l'aqueduc de Fallope est membraneux » (1).

Chez le nouveau-né, et même chez l'adulte, quoique à un moindre degré, le canal de Fallope fait, sur la paroi interne de la caisse, au-dessus de la fenêtre ovale, une saillie cylindrique visible et accessible, C'est ce qui explique pourquoi le nerf facial peut être lésé dans des manœuvres un peu brutales portant sur la caisse, dans l'extraction des corps étrangers par exemple, et comme Stacke, Kretschmann, Urbantschitsch en ont fait connaître des cas, ou encore dans l'extirpation de l'enclume (Ludewig). J'ai fait récemment l'autopsie d'un malade chez lequel l'extirpation d'un polype avait déterminé, vingt-quatre heures plus tard, l'apparition d'une paralysie faciale et je me garderai bien d'incriminer l'opérateur dans ce cas, car le même accident m'est arrivé il y a quelques mois. M. Gellé en a aussi cité des cas. Il est bien probable qu'il s'agit là de l'arrachement avec la racine du polype d'un petit fragment de la lamelle osseuse du canal de Fallope.

On conçoit donc avec quelle facilité des inflammations de

(1) Testut. — *Traité d'anatomie humaine*, t. III, p. 308.

l'oreille moyenne pourront se propager à un nerf si mal défendu dans certains cas, Dans le cas de déhiscence étendue le gonflement de la muqueuse suffira à comprimer le facial ; s'il n'y a pas de déhiscence, on peut même concevoir que l'hyperémie de la muqueuse s'accompagnera d'une réplétion exagérée de l'artère stylo-mastoïdienne susceptible de comprimer le nerf dans le canal osseux.

Pour ma part, j'ai eu l'attention attirée sur ces faits, il y a six ans, par l'observation d'un malade du service de M. H. Mollière, qui présentait une paralysie faciale périphérique avec une altération légère de l'ouïe et des lésions peu marquées, mais évidentes, de l'oreille moyenne. Malheureusement son observation ne m'est pas restée. Depuis lors j'ai examiné les oreilles des quelques hémiplégiques de la face que j'ai eu l'occasion de rencontrer et j'ai pu vérifier deux choses : d'abord, j'ai constaté que l'étiologie otique fait défaut dans près de la moitié des cas, contrairement à ce que paraissent croire certains otologistes qui ramèneraient volontiers toutes les paralysies à frigore à la pathologie auriculaire. En second lieu je me suis convaincu de la fréquence des lésions de l'oreille moyenne dans la paralysie faciale et de l'importance qu'il y a pour le clinicien à découvrir ces lésions, tant au point de vue du pronostic que du traitement.

Je laisserai de côté ici toutes les observations dans lesquelles un écoulement, même aigu, a précédé l'apparition des symptômes paralytiques. Dans ce cas le praticien sait à quoi s'en tenir sur l'origine de la paralysie faciale. Je citerai cependant deux faits qui peuvent servir de transition entre les cas d'otite suppurée et ceux dans lesquels il faut un examen plus attentif pour mettre en évidence les lésions de l'oreille moyenne.

Mlle Claudine M..., 23 ans, blanchisseuse, m'est adressée par M. le docteur Carrier à la consultation gratuite duquel elle allait pour une paralysie faciale. Elle raconte l'histoire suivante :

Elle n'a jamais rien eu aux oreilles et est habituellement bien portante. Le 26 juillet 1890, après avoir eu, quelques jours auparavant un mal de gorge qu'elle dit insignifiant, elle fut prise de douleurs très vives dans les deux oreilles avec irradiations dans la face et surtout du côté des gencives. Le 28 juillet, sa bouche a dévié et M. Dor, qu'elle consulte, constatait une paralysie faciale

droite. Le 6 août, elle va a la consultation de M. Carrier où on fait l'électrisation de la face.

La malade est très affirmative sur les points suivants : en même temps que les douleurs d'oreille, il survint une surdité marquée des deux côtés, mais plus forte à gauche qu'à droite. Les douleurs disparurent immédiatement après la déviation de la bouche ; par contre les bourdonnements apparurent seulement le 28 juillet et atteignirent bientôt l'intensité actuelle.

C'est seulement 5 à 6 jours après la première électrisation que l'oreille droite commença à couler et la gauche un ou deux jours plus tard. L'écoulement, d'abord peu abondant, remplit bientôt tout le conduit ; il a toujours été plus faible à gauche.

Actuellement, cinq semaines après le début, la paralysie faciale droite est toujours complète, le masque est immobile de ce côté, pas de ride dans la moitié droite du front, impossibilité de fermer l'œil droit qui est très vascularisé. Déviation de la langue et de la luette à droite. Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

L'examen de l'oreille montre, à droite, écoulement de pus muqueux, large perforation dans le quadrant postéro-supérieur, à bords arrondis, taillés à l'emporte-pièce, au fond de laquelle la muqueuse est très tuméfiée. Le stylet ne permet de découvrir aucun point osseux carié. A gauche petite perforation circulaire dans la moitié inférieure au-dessous du manche. L'audition pour la montre n'est que de 2 à 3 et à droite, de 4 à 5 à gauche. Amélioration nette par le cathétérisme.

La malade se plaint de bourdonnements intenses des deux côtés et les compare à des coups de piston et à une sonnerie électrique. La malade fut traitée localement par des insuflations d'acide borique et, quinze jours plus tard, il y avait une amélioration marquée des lésions locales, des troubles auditifs et de la paralysie faciale. Mais elle ne put être suivie, car elle cessa de venir à la clinique.

Cette malade ne présentait aucun signe de tuberculose.

Il ne peut y avoir de doute dans ce cas ; l'angine s'est propagée par la trompe à l'oreille moyenne et a déterminé une inflammation aiguë qui semble avoir d'abord porté son action sur la paroi interne de la caisse et déterminé la paralysie faciale. Ce n'est que douze à quinze jours plus tard que le pus a fait irruption au dehors en faisant au tympan la brêche que j'ai pu constater plus tard.

Dans l'observation suivante, l'écoulement se montre encore mais il est réduit au minimum et s'arrête presque aussitôt. Ici

encore, la propagation de l'inflammation du rhino-pharynx est manifeste. L'inflammation se propage au nerf, mais dès qu'un écoulement de quelques minutes a fait cesser la tension intra-tympanique, le processus inflammatoire s'arrête et tout commence à rentrer dans l'ordre.

M. Charb..., 29 ans, teinturier, se présente pour la première fois le 21 octobre 1890.

Sa mère est un peu dure d'oreilles, mais a 68 ans. — Le malade a eu les maladies de l'enfance et une fluxion de poitrine à 16 ans ; il y a 4 ans 1/2, étant encore soldat, il eut une bronchite et une hémoptysie assez forte, mais il fut guéri au bout de trois mois Malgré cela, il se porte habituellement bien et ne tousse pas. N'a pas eu la syphilis et nie l'alcoolisme.

Le 7 septembre, rhume de cerveau et mal de gorge avec fièvre qui le forcent à rester au lit et à la chambre jusqu'au 15 septembre, jour où il reprend son travail bien qu'il ne fût pas complètement guéri Mais, le 18 septembre, il est obligé de s'arrêter à nouveau à cause d'une douleur sourde qui alla rapidement en augmentant et s'accompagna de crises extrêmement douloureuses dans l'oreille. droite et la moitié de la face. En même temps diminution nette de l'ouïe, mais le malade entendait encore sa montre sans toucher le pavillon de l'oreille. Dans la journée et la nuit du 23 septembre, écoulement de pus assez nettement teinté de sang et qui s'arrêta aussitôt. C'est ce même jour que s'installa la paralysie faciale.

Il entra, le 3 octobre, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. M. Pollosson et, selon les renseignements qui m'ont été obligeamment fournis, il avait à ce moment une paralysie faciale périphérique très marquée, ne pouvait fermer l'œil, siffler, cracher, les aliments s'accumulaient derrière les dents.

Le jour même de son entrée, entre 9 et 10 heures du soir, il eut encore un léger écoulement qui, dit-il, ne dura pas plus de dix minutes et immédiatement les douleurs très vives de l'oreille s'atténuèrent. C'est de ce moment aussi qu'il fait dater la rétrocession de la paralysie faciale. Lorsqu'il sortit de l'Hôtel-Dieu, le 14 octobre, la paralysie faciale était presque guérie et, actuellement, il faut la chercher pour la mettre en évidence ; sillon naso-génien moins marqué à droite qu'à gauche, lorsqu'il parle, paupière supérieure droite sans rides, dans l'occlusion forcée, etc.

Mais la surdité légère du début s'est accentuée du jour où apparut l'écoulement passager du 23 septembre. La surdité est absolue de ce côté ; il n'entend pas la montre au contact fort et la perception de

l'acoumètre de Politzer est douteuse : il en est de même pour la perception du diapason sur le front et l'apophyse mastoïde. En lui parlant avec un gros tube acoustique, il paraît entendre quelques mots, mais ne peut saisir une courte phrase — A gauche, il entend la montre à 30 cent.

Il se plaint d'un bourdonnement métallique continu (bruit de cloches) et de temps à autre d'un bruit d'eau courante.

A l'examen, rougeur assez vive le long du manche du marteau, trous de perforation cicatrisés, dans le quadrant postéro-supérieur,

Le traitement a consisté en cathétérismes et applications de révulsifs sur l'apophyse, mais il est resté sans résultat au point de vue de l'audition.

De ces deux faits instructifs où l'inflammation aiguë et suppurative a précédé l'apparition de la paralysie faciale et qui, je le répète, peuvent servir de transition entre les cas bien connus d'otite par otorrhée et les faits plus spéciaux que nous avons en vue, on peut rapprocher un cas de Gruber ou la paracenthèse du tympan et l'écoulement du liquide inflammatoire de la caisse firent cesser la compression du nerf et disparaître rapidement la paralysie. J'ai fait, dans le même but, dans l'observation suivante, une paracenthèse sans résultat, mais qui était justifiée par l'apparence inflammatoire de la caisse et l'innocuité de cette petite opération.

Le nommé Zecc, âgé de 19 ans, entre dans mon service à l'hôpital St-Pothin, salle St-Jean, n° 2, le 29 mai 1894.

Père mort à l'hôpital de Rive-de-Gier avec les jambes enflées. — La mère est vivante et aliénée. — A eu six frères ou sœurs dont six sont morts en bas âge.

Dans les antécédents on relève une ophtalmie bilatérale et des ganglions cervicaux, mais pas de maladies graves. Le malade, qui est vannier et exposé aux intempéries, s'enrhume facilement les hivers, mais n'a jamais craché de sang et ne présente actuellement aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Depuis plusieurs années à la suite d'un éclat de pétard qui avait été placé sur son chapeau, il entendait un peu moins bien de l'oreille droite.

Pas de syphilis, de rhumatismes, ni d'alcoolisme.

Il y a 14 ou 15 jours, il eut un coryza banal, quoique assez intense, et remarqua sa prédominance dans la narine droite. Ce coryza touchait à sa fin lorsque, il y a 9 jours, il fut pris simultanément de douleurs assez vives dans l'amygdale droite et de dou-

leurs sourdes avec élancements dans l'oreille du même côté. Les douleurs s'irradiaient du côté de l'apophyse mastoïde et s'accompagnèrent d'une diminution de l'audition.

Le lendemain matin, le malade se rendit à l'Hôtel-Dieu pour faire examiner sa gorge et son oreille et c'est en rentrant, vers dix heures du matin qu'il s'aperçut pour la première fois de la paralysie faciale. La succession des symptômes est donc la suivante : coryza plus marqué à droite, angine, douleurs auriculaires, hémiplégie faciale périphérique.

Actuellement, le coryza a passé ainsi que les douleurs dans l'oreille, la diminution de l'ouïe paraît la même, mais la douleur à la déglutition est persistante.

Paralysie faciale droite périphérique très visible : impossibilité de fermer l'œil droit, de tirer la commissure droite, de siffler, etc; immobilité complète du masque facial; absence de rides au front; la langue ne paraît pas déviée, léger larmoiement.

Le pharynx est rouge, surtout au niveau des piliers droits : l'amygdale est volumineuse ; l'arc du voile jusqu'à la luette paraît plus court que du côté opposé.

L'examen de l'oreille montre un tympan manifestement enfoncé avec rougeur vive le long du manche et sur la moitié postérieure du cercle tympanal; la courte apophyse se présente comme un point blanc jaunâtre, entouré complètement par une rougeur diffuse assez vive. A travers le segment antérieur de la membrane, la muqueuse du promontoire paraît également très congestionnée. Le triangle est séparé en deux moitiés dont la plus brillante est voisine de l'ombilic et il n'atteint pas la périphérie. Le segment postérieur est gris et opaque.

Pour assurer le diagnostic, je fais une paracenthèse exploratice qui confirme l'absence de pus. Le malade latéralise mal le diapason vertex (vé'3); l'expérience de Rinne, est positive des deux côtés. Le malade n'entend la montre qu'à 3 cent., puis à 5 après le cathétérisme.

Le malade guérit rapidement sous l'influence d'un traitement qui consista uniquement dans l'instillation d'un peu d'huile mentholée dans l'oreille et de quelques cathétérismes de la trompe. Il quitta le service le 21 juin ne se sentant plus gêné du tout et ne présentant plus qu'une légère différence dans le nombre des plis des paupières lorsqu'il ferme fortement les yeux. Il persiste une légère traînée rouge à la partie inférieure du manche et il entend la montre à 10 ou 12 centimètres.

Avec ce malade nous entrons dans la catégorie des cas que

l'on n'hésite pas à qualifier couramment de paralysie faciale rhumatismale ou de paralysie à frigore et où, cependant l'étiologie otique me paraît absolument démontrée par la chronologie des symptômes et par l'examen direct de l'appareil de l'ouïe. l'abaissement de l'audition lui-même pouvant passer pour peu important, le malade racontant lui-même un accident ayant amené un abaissement de l'ouïe. C'est d'ailleurs une erreur de croire qu'une inflammation légère de la caisse doit fatalement s'accompagner d'une diminution très marquée de l'audition. Si l'inflammation est peu intense et respecte la platine de l'étrier, celle-ci pourra continuer à vibrer sous l'influence des sons et la diminution de l'ouïe demandera à être cherchée d'une façon plus minutieuse que celle qui consiste, dans une salle d'hôpital, à approcher une montre à quelques centimètres de l'oreille. L'observation suivante en est un bon exemple, car l'audition était abaissée des deux tiers et cependant la malade percevait encore ma montre à 25 centim. du côté de sa paralysie. On verra que cette observation est exactement calquée sur la précédente et que la propagation à la trompe et à l'oreille moyenne d'une inflammation pharyngée ne peut être mise en doute.

Mlle Suzanne B., 30 ans, ourdisseuse, est entrée à la Croix-Rousse pour une *paralysie faciale droite*, dans le service du Dr Boyer qui me l'adresse le 30 août 1893 pour un examen de son oreille.

Elle n'a pas de sourds dans sa famille. Son père est alcoolique. Elle est sujette aux maux de tête depuis environ huit ans. Depuis cette époque aussi, elle est sujette à des bourdonnements passagers avec surdité alternativement dans l'une et l'autre oreille. Ces accidents paraissent nettement en rapport avec des maux de gorge qui reviennent fréquemment et qui, depuis trois ans surtout, la forcent à s'arrêter et à cesser son travail.

C'est précisément ce qui lui est arrivé le 5 août dernier. Une courbature générale avec céphalalgie, raideur du cou, violent mal de gorge la retiennent à la chambre pendant plusieurs jours ; il y eut une recrudescence marquée le 8 août.

Elle commençait à aller mieux lorsque, dans la nuit du 15 au 16 août, elle fut prise de la paralysie faciale qu'elle présente encore actuellement. Elle eut en même temps une légère diminution de l'audition, des bourdonnements dans toute la tête et surtout dans

l'oreille gauche ; en même temps un peu de douleur dans les deux oreilles, plus marquée aussi, dit-elle, à gauche qu'à droite.

Tous ces phénomènes ont commencé à rétrocéder il y a trois ou quatre jours. Toutefois, la paralysie faciale périphérique est encore très nette à droite. La face est aplatie, pas de rides au front ; impossibilité de fermer l'œil, de siffler ; les aliments s'accumulent entre la joue et les dents, la langue n'est pas déviée. Pas de troubles de la sensibilité de la face.

Il persiste de la rougeur dans le pharynx surtout sur le voile et ses piliers ; granulations sur la paroi postérieure.

A l'examen, le tympan gauche est clair, sans grosses lésions, manifestement enfoncé. Le tympan droit est uniformément gris et infiltré ; sa moitié postérieure est très oblique et plus épaissie que le reste ; pas de triangle qu'une tache très flou à l'umbo. Rougeur manifeste le long du manche du marteau, surtout en arrière et sur le bord postérieur du cercle tympanal.

L'audition est abaissée, mais modérément et on ne s'en aperçoit que par la recherche attentive. A droite, l'audition n'est que de 25/80 et à gauche de 30/80. Elle ne latéralise pas le diapason vertex et l'expérience de Rinne est positive des deux côtés. Cathétérisme et massage.

Le 2 septembre, l'amélioration continue ; elle peut fermer l'œil presque complètement. Le bourdonnement persiste mais atténué. OD = 30/80. OG = 40/80.

Le 7 septembre, la paralysie est presque guérie ; elle ferme l'œil complètement, bien qu'il n'y ait pas de rides de la paupière supérieure dans l'occlusion forcée ; les rides du front sont encore moins marquées à droite qu'à gauche. Le bourdonnement a presque disparu OD = 40/80 puis 60/80 après le cathétérisme, OG = 50/80. Il n'y a plus qu'une légère teinte rose sur le manche, mais le tympan est toujours terne et fibreux avec un tout petit triangle. La malade quitte l'hôpital.

A ces cas démonstratifs, j'ajouterai une observation qui montre bien qu'il ne faut pas toujours se presser de rejeter l'étiologie auriculaire dans les cas où elle paraît douteuse. Il s'agit d'un officier qui avait eu d'anciennes lésions des oreilles et qui présentait une paralysie faciale très douloureuse. La constatation d'une double otite chronique fit mettre en suspens une inflammation actuelle aiguë qui, cependant, existait bien réellement comme l'événement l'a démontré plus tard.

M. le colonel R... m'est adressé à la fin du mois d'octobre par mon ami le Dr Berthier, pour une paralysie faciale gauche se distinguant des paralysies faciales périphériques ordinaires par des douleurs extrêmement vives dans le fond de l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde avec irradiations vers le front, vers la partie postérieure et vers le sommet de la tête.

L'examen montrait les deux côtés des tympans manifestement sclérosés, avec épaississement fibreux. Il y avait un abaissement marqué de l'audition, mais il était bilatéral et il ne fut pas considéré comme ayant une importance actuelle, le malade ayant fait sa carrière dans l'artillerie et ayant eu à plusieurs reprises des écoulements sanguins des deux côtés, notamment après avoir été enseveli sous un mur renversé par un obus (1870) et, plus tard, après avoir fait des essais de canons de marine sur les côtes de la Manche. L'abaissement était cependant beaucoup plus marqué à gauche où existaient des bourdonnements.

La paralysie faciale alla en s'atténuant, mais il était facile encore de la mettre en évidence, lorsque le malade fut vu à nouveau le 15 janvier.

Pendant tout ce temps, il n'avait pas cessé d'avoir des douleurs le plus souvent tolérables, parfois paroxystiques dans l'oreille et tout le côté gauche de la tête. Il y a huit jours, après une recrudescence, il se fit un léger écoulement qui persiste actuellement. Il y a dans le fond de l'oreille de nombreux débris épidermiques et du liquide animé de battements pulsatiles. On voit en haut et en arrière, en avant du tympan, un soulèvement arrondi de la peau du conduit avec un petit trou à son point culminant.

L'ouverture fut agrandie, on fit des instillations d'huile mentholée. Le nerf participait à l'inflammation, car la surdité pour la montre était absolue et le diapason appliqué sur l'apophyse mastoïde gauche était perçu par l'oreille droite.

Il paraissait évident d'après ces signes qu'il existait un abcès profond de l'oreille, siégeant surtout dans les cellules mastoïdiennes et s'étant ouvert dans le conduit. Le nerf facial participait à l'inflammation, probablement dans la partie de son trajet où il gagne le trou stylo-mastoïdien et que M. Gellé appelle le massif du facial.

Les jours suivants, l'écoulement se fit plus abondant et les douleurs moindres. Mais, le 5 février, je fus rappelé par le médecin traitant, le malade ayant eu des frissons à plusieurs reprises et présentant un gonflement étendu dans le conduit et derrière l'oreille dans le tiers supérieur de l'apophyse et au-dessus du pavillon. Il y

avait de la fluctuation à ce niveau. La trépanation de l'apophyse, qui avait été discutée plusieurs fois, fut résolue et le malade transporté à l'hôpital militaire. Depuis, tout est rentré dans l'ordre, mais l'audition est plus basse qu'avant la paralysie faciale, la montre n'étant plus entendue qu'au contact fort de l'os.

§ II

Les lésions inflammatoires de l'oreille moyenne sans suppuration, sans carie du rocher peuvent donc, les observations précédentes comme celles que j'ai citées au début le démontrent, donner naissance à la paralysie faciale du type périphérique par gonflement inflammatoire du névrilemme dans le canal de Fallope.

Il va sans dire que je ne donne pas cette étiologie comme univoque; la paralysie faciale peut reconnaître beaucoup d'autres causes, et je n'en donnerai comme exemple que le cas de Minkowski (1) d'une paralysie faciale a frigore avec lésions multiples de névrite périphérique sur les extrémités du facial, le tronc étant resté sain. Moi-même, dans le seul cas d'autopsie de paralysie périphérique que j'ai pratiqué, j'ai trouvé le nerf facial parfaitement indemne et sans lésion inflammatoire dans le canal de Fallope (2).

La forme auriculaire de la paralysie faciale a-t-elle des des caractères spéciaux ? Les symptômes généraux et la fièvre du début, signalés par quelques auteurs et notamment par Grisolle, peuvent sans doute lui être rattachés en raison de l'inflammation préalable de la gorge et du rhino-pharynx.

Parmi les symptômes exceptionnels de la paralysie faciale qui ont été signalés dans la forme otique, je signalerai les contractions cloniques. Politzer (3) a rapporté l'observation d'une femme de 33 ans qui, trois ans et demi auparavant, avait eu une diminution de l'audition à droite avec des contractions du même côté qui avaient duré quatre mois et s'étaient accompagnées d'une paralysie faciale progressive. Il admet une

(1) Minkowski.

(2) Lannois. — *Tétanos céphalique avec paralysie faciale (Revue de médecine*, 1888).

(3) Politzer, *Trad. franc.*, p. 474.

déhiscence du canal de Fallope ayant permis à la muqueuse de l'oreille moyenne de comprimer le nerf englobé dans le processus de rétraction. Walb (1) a rapporté un cas plus intéressant encore. Une fillette de dix ans, au deuxième jour d'une inflammation de la caisse, présenta des mouvements cloniques dans la moitié correspondante de la face. Un an après les mêmes symptômes se montrèrent du côté opposé, l'autre oreille s'étant prise à son tour. Il y avait en même temps de la parésie du facial. Toutefois malgré une infiltration profonde et une vive inflammation qui avait été jusqu'à donner des hémorrhagies sur le tympan, il n'y eut pas de perforation de la membrane.

L'abaissement de l'ouïe est fréquente et s'explique trop bien pour qu'il soit nécessaire d'insister. J'ai déjà fait remarquer qu'elle est souvent relative et a besoin d'être recherchée. L'ouïe douloureuse, lorsqu'elle existe, me paraît avoir une importance manifeste. On sait que Landouzy père cherchait à la mettre en évidence, ainsi que l'hyperacousie, au moyen de bruits violents et même de coups de pistolet tirés près de l'oreille du malade. Il ne s'agit pas alors, comme on l'a cru longtemps, d'une paralysie du muscle interne du marteau, ce muscle étant incurvé par le trijumeau, mais très probablement de la réunion de deux autres causes, en premier lieu de la paralysie du muscle de l'étrier, de sorte que le tenseur tympanique, n'ayant plus d'antagoniste, enfonce la chaîne des osselets et la platine de l'étrier dans le labyrinthe toutes les fois qu'il se contracte vivement sous l'influence d'un bruit un peu violent. Mais cette cause n'est pas suffisante pour expliquer la douleur dans tous les cas, et M. Gellé fait remarquer avec raison que la douleur est plutôt due aux mouvements excessifs de la chaîne des osselets, aux articulations de laquelle s'est propagée une inflammation plus ou moins marquée.

Bien plus significatives encore me paraissent être les douleurs, précédant la paralysie, qui n'avaient pas échappé à Bérard et que signale Grisolle. Depuis que Webber (2) a de nouveau appelé l'attention sur elles, elles ont vivement préoccupé la

(1) Walb, *Handbuch der ohrenkeilt* de Schwartze, 1893, t. II. p. 205.
(2) Webber, *Boston Med. and. S. Journal,* 1878.

sagacité des observateurs, Bernahrd, Charcot, Erb, Cartaz, Testaz, Grasset, Gellé, Despaigne, etc. Dans la majorité des cas, elles apparaissent un à deux jours, parfois dix à quinze jours, avant la paralysie faciale. Elles existent au moins dans la moitié des cas ; elles siègent dans la profondeur de l'oreille moyenne, dans le conduit, au niveau de l'apophyse mastoïde, au col du condyle, beaucoup plus exceptionnellement à la périphérie. Et si, dans ce dernier cas, on peut supposer une atteinte réflexe ou directe (récurrence) du trijumeau, n'est il pas évident que les douleurs d'oreille sont en rapport avec une lésion de l'oreille moyenne qu'un simple examen mettrait facilement en évidence mais qu'on ne cherche jamais ?

Enfin l'origine otique me semble expliquer parfaitement les paralysies faciales récidivantes. Rien n'est plus commun que la répétition de poussées aiguës de pharyngite avec inflammation de la trompe et de l'oreille moyenne chez un sujet prédisposé. Que chez celui-là le nerf facial ne soit pas protégé par un canal déhiscent et chaque fois l'otite pourra déterminer de la paralysie faciale, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer comme cause essentielle et primordiale, ainsi que l'ont fait Möbius, Neumann, etc., l'hérédité ou la prédisposition nerveuse.

On peut se demander après cela pourquoi la paralysie faciale n'est pas plus commune dans l'otite moyenne aiguë. C'est d'abord, me semble-t-il, parce que la protection du nerf par le canal de Fallope est souvent très suffisante. En second lieu on sait que les nerfs offrent souvent une résistance très grande à l'inflammation. En ce qui concerne le facial, notamment, on a pu le voir nager dans le pus (Gruber) (1), le rocher étant complètement carié, sans qu'il y ait eu trace de paralysie. Steinbrügge (2) a vu, dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, le pus fuser dans le conduit auditif interne sans que le facial parût s'en ressentir. C'est ici, me semble-t-il, que la prédisposition nerveuse pourrait jouer un rôle.

J'ai dit au début que cette recherche avait une importance

(1) Gruber, *Handbuch der ohrenheilkunde.*

(2) Steinbrügge, Congrès de Berlin, 1890.

pronostique et thérapeutique. C'est qu'en effet, d'une manière générale, la paralysie faciale liée à l'inflammation de l'oreille moyenne m'a paru d'une guérison facile. Souvent il s'agit de formes légères qui disparaîtront rapidement, surtout si on institue un traitement rationnel et si, au lieu des longues et fastidieuses séances d'électrisation, on soigne l'inflammation pharyngée, si on instille dans l'oreille des liquides calmants et antiseptiques (huile mentholée, iodolée, etc.), si on fait de la révulsion sur l'apophyse, si on pratique le cathétérisme de la trompe.

Je ne quitterai pas ce sujet sans appeler l'attention sur un signe que l'on considère très fréquemment, sans plus ample informé, comme un signe de dégénérescence : je veux parler de l'asymétrie faciale. Non pas bien entendu de l'asymétrie profonde avec atrophie, mais de ces troubles légers, surperficiels, qui font que, dans l'état habituel, un sujet ne parle qu'avec la moitié de sa bouche, n'a de mimique que d'un côté de la face et dont cependant tous les muscles sont susceptibles d'agir sous l'influence de la volonté. La plupart de ces malades ont eu dans la première ou seconde la enfance des lésions de l'oreille moyenne dont on peut encore trouver la trace.

§ III

En résumé.

1° La paralysie faciale dite *a frigore* est fréquemment causée par une otite moyenne peu accusée et qu'il importe de rechercher.

2° Cette otite est due à la propagation à la caisse, d'une angine ou d'une rhino-pharyngite déterminée par le froid.

3° L'origine otique de la paralysie faciale rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreille qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe et l'ouïe douloureuse.

4° La portée pronostique de cette donnée étiologique est très grande, car la paralysie faciale d'origine otique guérit facilement en général, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

MM. D. BRUNET et A. VIGOUROUX (d'Evreux). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉRÉDITÉ DE L'ALIÉNATION MENTALE

Malgré les nombreux travaux qui ont été publiés sur l'hérédité de l'aliénation mentale, cette question est loin d'être complètement élucidée, ce qui tient d'une part, à ce qu'elle n'a pas toujours attiré l'attention des médecins et, de l'autre, à ce qu'il est souvent très difficile d'obtenir des observations complètes parce que les personnes que nous interrogeons ne connaissent pas bien tous les parents sur lesquels nous leur demandons des renseignements ou qu'ils tiennent à cacher les tares névropathiques qui existent dans leurs familles.

Le seul moyen cependant, à notre avis, pour faire disparaître les divergences qui existent entre nous est de recueillir sans parti pris des observations très détaillées, et c'est dans ce but que nous vous communiquons les suivantes qui ne sont ni aussi complètes, ni aussi nombreuses que nous l'aurions désiré, espérant que notre exemple sera suivi par nos collègues dans les prochains congrès.

Notre étude se divise en quatre parties :

Dans la première, nous avons cherché à savoir ce qu'étaient devenus les enfants nés à l'asile.

Dans la seconde, nous avons apporté les observations de pères et mères, fils ou filles ayant séjourné simultanément ou successivement à l'asile.

Dans la troisième nous étudions une famille dont la plupart des membres a été touchée par la dégénérescence,

Dans la quatrième enfin, nous avons cherché les formes de maladies mentales dont étaient atteints les frères et sœurs internés à l'asile.

ENFANTS NÉS A L'ASILE

16 femmes aliénées sont accouchées à cet établissement du 17 novembre 1869 au 19 janvier 1892, et ont eu 17 enfants.

9 de ces femmes étaient atteintes d'imbécilité et ont eu

10 enfants, la nommée D... ayant présenté une grossesse gémellaire.

2 de leurs enfants étaient morts au moment de leur naissance.

1	est mort au	bout de	6 jours.
1	—	—	16 jours.
1	—	—	19 jours.
3	—	—	5 mois.
1	—	—	13 mois.
1	—	—	8 ans.

Ce dernier a été brûlé dans l'incendie d'une grange; on ignore s'il avait mis le feu par mégarde, ou intentionnellement.

3 femmes atteintes de paralysie générale ont eu 3 enfants; l'un est venu mort-né, un deuxième est âgé de 2 ans et bien portant, et le troisième, âgé de 11 ans, condamné pour vol, est placé à la colonie pénitentiaire des Douaires.

La femme dont l'enfant était mort à sa naissance avait une conduite très déréglée et peut être soupçonnée de syphilis.

4 femmes atteintes de folie ont eu 4 enfants. Nous n'avons pas de renseignements sur l'un d'eux qui a été confié à sa mère et dont on n'a pu retrouver la trace.

Des 3 autres, 1 s'est suicidé à 21 ans par amour pour une femme âgée de 50 ans, un 2e, âgé de 21 ans, a des névralgies et l'autre, âgé de 9 ans, quoique d'une faible constitution, est bien portant jusqu'à présent.

En résumé sur 17 enfants nés à l'asile, 3 sont venus mort-nés, 6 étaient morts à 5 mois et 1 à 13 mois.

Sur les 7 enfants qui ont survécu, 1 est placé dans une maison de détention, 1 s'est suicidé, 1 a été brûlé dans un incendie, 2, âgés de 2 ans et 9 ans, se portent bien, 1 âgé de 21 ans a des névralgies, et nous n'avons pas de renseignements sur le 7e.

D'après ces faits qui ne sont pas assez nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions certaines, le défaut de viabilité des enfants nés de mères imbéciles n'existerait pas au même degré chez les enfants de mères atteintes de paralysie générale et de folie.

Observation I. — Mère imbécile. — Garçon mort-né.

S..., fme L... 35 ans. Entrée le 17 mai 1875. Morte le 21 sept. 1875.
Pas d'antécédents héréditaires connus.

Antécédents personnels. — Ne savait ni lire ni écrire, était employée dans une filature comme épineuse. Elle avait eu déja deux jumeaux mort-nés.

A son entrée le certificat constate une débilité mentale caractérisée par des idées sans suite, des tendances enfantines, une grande insouciance, une absence presque complète de sentiments affectifs. Elle était enceinte de plus de 8 mois.

Elle est accouchée, le 23 mai 1875, d'un enfant du sexe masculin mort-né. La présentation était celle des pieds. La mort a été attribuée à la compression du cordon ombilical.

Le 23 septembre elle succombe à une affection cardiaque et l'autopsie révèle un épanchement considérable dans le péricarde et une collection purulente au niveau du psoas iliaque droit.

Observation II. — Mère imbécile. - Garçon mort-né.

L..., Catherine, 23 ans. Entrée le 6 août 1873.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Le père avait 26 ans et la mère 24 au moment de sa naissance.

Antécédents personnels. — Elle n'a pu marcher qu'à 6 ans.

Elle n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Vers 5 ans elle a eu une fièvre cérébrale, occasionnée, dit-on, par une peur. D'un caractère sombre elle était sujette aux maux de tête et d'estomac. Réglée à 16 ans, difficilement et irrégulièrement. Elle était portée aux plaisirs de l'amour.

Elle travaillait dans une filature où on lui donnait 1 franc par jour, autant par charité que pour reconnaître son travail.

A son entrée à l'asile M. le Dr Broc constate qu'elle est une imbécile à l'œil lubrique. Elle ne sait ni lire, ni compter même ses doigts, et ne peut saisir la moindre idée abstraite.

Elle était enceinte de 6 mois.

Elle accouche, le 9 novembre, d'un enfant à terme mais mort-né (Procidence du cordon. Application du forceps).

Depuis est restée à l'Asile, occupée à cirer et à faire les gros travaux du ménage.

Elle est tranquille, sujette à des mouvements de colère et à commettre des actes de violence.

C'est une femme de 1 m. 48, pâle, présentant un certain prognatisme de la mâchoire inférieure.

Observation III. — Mère imbécile. — Fils mort a six jours.

G..., Isménie-Augustine, née le 22 mars 1854. Entrée le 6 juillet 1875.

Antécédents héréditaires. — Son père faisait des excès de boisson. Sa mère était impotente et son frère, matelot, était un ivrogne et est mort dans la misère. Sa sœur est atteinte d'une maladie de cœur.

Sa fille est idiote et internée.

A son entrée à l'Asile elle était enceinte de six mois. Elle accoucha d'un garçon le 5 novembre 1875.

Physiquement G... est bien constituée, ses traits sont réguliers. Au point de vue intellectuel, c'est une imbécile. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Elle dit que 2 et 1 font 2 et que 1 et 1 font 1, etc. Elle ne peut dire ni son âge, ni celui de sa fille. Elle ne reconnaît pas les pièces de monnaie.

Elle travaille à la buanderie avec assiduité.

Observation IV. — Mère imbécile. — Père aliéné. — Fille morte a 16 jours.

H... Pauline-Anastasie. Entrée à l'Asile le 16 juin 1868. Née le 25 février 1845. Transférée du Bon-Sauveur.

Père épileptique.

Nourrie par sa mère, elle s'est bien développée pendant les premières années. D'un caractère gai et vif, elle était peu intelligente, parlait difficilement.

Elle eut un premier accès d'excitation d'une durée de huit jours vers 15 ans. Quelques mois après, elle s'excita de nouveau, abandonna son travail, fit même des menaces d'incendier la commune et fut envoyée à l'Asile Saint-Sauveur à Caen.

A Caen le Dr Ramon du Quesnay la considérait comme atteinte d'imbécillité mélancolique avec tendance au suicide. Dangereuse dans ses crises, elle travaille au ménage quand elle est calme. Le Dr Vedie fait le certificat suivant : Imbécilité maniaque avec alter-

natives d'excitation et de calme. Violente et dangereuse pendant son agitation, mauvais instincts, grossière.

En 1873 elle trompa le surveillance des sœurs et, dans les caves, elle eut des rapports sexuels avec un aliéné B...

(Elle accoucha d'une fille qui mourut 17 jours après.)

Aujourd'hui elle ne travaille plus, à cause de son embonpoint et de l'œdème de ses jambes. Elle passe son temps à élever des oiseaux qu'elle aime avec passion.

Fille transportée à l'asile d'Evreux morte à 17 jours.

Observation V.

B... Joseph-Armand, 17 ans. — Entré le 29 août 1870. Sorti amélioré le 3 août 1874.

Transféré de l'asile Sainte-Anne où il était entré le 8 juin 1870, venant de prison. Il avait éte condamné pour vagabondage.

M. le Dr Dagonet le considère comme atteint de de manie chronique. M. Vedie le considère comme atteint de faiblesse d'esprit. Le sens moral fait défaut, les sentiments affectifs sont plus qu'émoussés. Il rit sans motif pendant qu'on lui parle. Vrai type de gamin de Paris dans ce qu'il y a de plus mauvais. Ne sait ni lire ni écrire. Pendant son séjour à l'asile il travaille un peu, il a besoin de changement et fréquente successivement les ateliers, la cave, la cuisine, la pharmacie, il s'évade une fois.

Il a eu des rapports intimes dans les caves avec la fille H...

M. Broc le rend à sa famille sur sa demande, bien que le considérant encore comme jouissant d'un horizon intellectuel borné, d'une mobilité extrême dans les déterminations et d'une grande facilité à se laisser aller aux impulsions d'autrui.

Observation VI. — Mère imbécile. — Fille morte a 19 jours

L..., Ernestine-Désirée, 27 ans. Entrée le 21 juillet 1884. Décédée le 20 septembre 1884.

Antécédents héréditaires: Un oncle de sa mère est idiot.

Le certificat d'entrée relate qu'elle est atteinte d'imbécillité congénitale. Son intelligence est peu développée, sa mémoire à peu près nulle. Elle est dénuée de jugement et de sens moral. Elle est dans un état de grossesse avancée.

Elle accouche le 16 septembre 1884, et meurt d'embolie trois jours après.

Observation VII. — Mère imbécile épileptique. — Fille morte a cinq mois.

P... V..., 36 ans. Entrée en 1884.

Antécédents héréditaires — Père mort des suites d'une paralysie, un frère, tout infirme, ne pouvait marcher. Elle a eu un enfant qui n'a vécu qu'un jour.

Antécédents personnels. — N'a jamais pu rien apprendre ni se livrer à un travail. Avait des attaques d'épilepsie depuis son jeune âge. Elle se livrait à la mendicité et à la prostitution.

Elle est atteinte d'imbécillité épileptique, le sens moral est presque nul. Réglée à 17 ans. Intelligence peu développée, parole embarrassée. Elle est calme, tranquille, s'occupe aux travaux du ménage. Elle est enceinte de cinq mois. Elle est d'une bonne constitution physique, d'une taille élevée.

Le 1er juillet 1884 elle est accouchée d'une fille.

Elle est toujours dans le même état mental. Les crises épileptiques surviennent environ tous les six mois, par série de cinq à six. Elle travaille à la buanderie.

Observation VIII. — Mère imbécile. — Deux garçons jumeaux morts a cinq mois.

D.., Alphonsine, Vve N..., née en 1835. Entrée à l'Asile le 22 octobre 1875. Décédée le 1er janvier 1893.

Antécédents héréditaires. — Sa mère était d'une intelligence peu développée. Son père était dément et est mort interné. Son frère était idiot et a été interné. Son fils naturel est également idiot et interné. Sa fille est loin d'avoir une conduite régulière. Elle avait eu plusieurs fausses couches.

Elle ne s'était jamais livrée à aucun travail suivi ; elle avait été mariée quelque temps. Elle avait surtout vécu de mendicité. Sa conduite était très immorale.

A son entrée M. le Dr Broc constate qu'elle est enceinte de six mois. Elle était atteinte d'imbécillité ; son horizon intellectuel, très restreint, ne lui permettait pas d'avoir d'idées abstraites, de distinguer le bien du mal, ni de prévoir les conséquences les plus inévitables des actes qu'elle commet.

Elle accouche de deux jumeaux du sexe masculin, le 30 janvier 1876.

Depuis elle s'occupe régulièrement à l'Asile, aux travaux du ménage.

Elle succombe, le 1er janvier 1893, à une affection cardiaque qui avait débuté en 1886.

Observation IX. — Mère imbécile. — Fille morte a 13 mois.

C..., Marie, 29 ans. Entrée à l'Asile le 25 septembre 1869. Décédée le 13 juillet 1873. Phtisie pulmonaire.

C'était une imbécile, d'intelligence très faible. Elle ignorait les choses les plus élémentaires. Elle n'avait aucune notion de morale, ni aucune volonté. Dangereuse pour la morale publique, car elle était incapable de résister à ses instincts et à ses passions. Enceinte de sept mois.

En novembre 1869 accouchement normal. Suites de couches bonnes.

En novembre 1870 fièvre typhoïde dont elle guérit.

Le 13 juillet 1873, elle mourut de tuberculose pulmonaire.

Observation X. — Mère imbécile. — Fils mort a huit ans

D..., Louise, âgée de 16 ans. Entrée le 15 novembre 1876. Décédée le 1er mars 1888.

Antécédents héréditaires. — La mère aurait eu une violente frayeur au huitième mois de sa grossesse.

Antécédents personnels. — Elle n'a pas eu de convulsions. Elle a marché à 15 mois, parlé plus tard et jamais d'une façon satisfaisante. Elle n'a jamais pu apprendre ses lettres, bien qu'elle ait été à l'école jusqu'à 13 ans. A 14 ans elle a eu la chorée pendant trois mois.

Elle manquait d'initiative pour le travail, mais faisait avec empressement ce qu'on lui commandait.

Le certificat d'entrée du Dr Broc constate qu'elle est dans un état d'imbécillité voisin de l'idiotie et qu'elle manque de jugement, de sens moral et de volonté. De plus, elle est enceinte de sept mois.

Le 8 janvier 1877 elle accouche d'un enfant du sexe masculin. Elle reste à l'Asile, calme, douce et cherchant à se rendre utile en travaillant sous une bonne direction.

Elle meurt, le 2 mars 1888, par suite de phtisie pulmonaire.

Lucien D... est mort, à l'âge de huit ans, dans un incendie qu'il avait allumé lui-même en jouant dans la grange de son grand père (Renseignements du maire).

Observation XI. — Mère paralytique générale. — Garçon mort-né

V..., Louise, f^me^ B..., âgée de 35 ans. Entrée le 3 juin 1881. Décédée le 26 août 1883.

Aucune instruction. Mariée à 31 ans après avoir menée une vie déréglée et s'être livrée à la prostitution. Elle a eu plusieurs enfants, tous mort-nés.

A son entrée elle était enceinte de sept mois. Elle était atteinte de paralysie générale depuis trois mois, reconnaissant pour cause la misère et les abus vénériens.

L'intelligence était complètement abolie.

On ne pouvait obtenir d'elle aucune parole raisonnable. Elle était gâteuse.

Elle portait en outre une double cataracte.

Le 8 août 1881, elle accouchait d'un enfant mort-né.

En 1883, apparurent des attaques épileptiformes, l'embarras de la parole et le tremblement des lèvres s'accentuèrent.

Le 26 août 1883 elle succomba dans la troisième période de la paralysie générale.

Autopsie 24 h. après la mort, 26 août 1893.

Hémisphère droit..................	490	gr.
— gauche	470	—
Cervelet..........................	125	—
Protubérance....................	15	—
Bulbe	7	—
Total.........	1.197	gr.

Les sutures des os du crâne ne sont pas ossifiées.

Injection et épaississement des membranes viscérales du cerveau s'étendant jusqu'au lobe occipital.

Adhérences de ces membranes à la substance corticale disséminées sur le lobe pariétal et le lobe frontal, prononcées surtout sur la première circonvolution frontale.

Tout l'encéphale est ramolli par suite de la chaleur qui a déter-

miné un commencement de décomposition cadavérique. La face interne du corps strié et le plancher du 4e ventricule présentent un aspect très finement chagriné.

Observation XII. — Mère paralytique générale. — Fils agé de 14 ans, débile et voleur.

D... fme T... Entrée le 2 août 1880. Une première fois sortie le 19 décembre 1880. Réintégrée et décédée le 20 juin 1883.

Antécédents héréditaires. — Aucun n'est signalé. Elle avait eu plusieurs enfants dont aucun n'a vécu.

Elle était atteinte de paralysie générale au début, caractérisée par de l'agitation, de l'incohérence, des impulsions subites et violentes, des actes inconscients et un léger embarras de la parole.

Elle était enceinte de sept mois. L'accouchement eu lieu le 7 octobre 1880. Son état mental s'améliora et elle put sortir le 19 décembre 1880.

Elle est rentrée le 20 juin 1883, à la troisième période de la paralysie générale, à forme demente.

Elle succomba le 6 mai 1884.

T..., Auguste, âgé de 14 ans, est interné à la colonie pénitentiaire des Douaires. Il a été amené à la suite d'un vol de 100 francs qu'il avait commis au préjudice d'une vieille tante. Il aurait dépensé cet argent avec des femmes de mauvaise vie, mais sans se livrer à elles. Il est d'une intelligence peu développée, écrit d'une façon incorrecte. Il est lymphatique et atteint, en ce moment, de kératite scrofuleuse de l'œil droit.

(Renseignements du Dr Bonju, des Douaires.)

Observation XIII. — Mère paralytique générale. — Fils agé de 2 ans bien portant.

L..., Eugénie, fme N..., âgée de 37 ans. Entrée le 30 juillet 1891. Décédée le 6 mai 1893.

L'hérédité est signalée dans les renseignements administratifs, mais nous n'en connaissons pas le dégré.

Deux mois avant son entrée elle fut en proie à des accès de jalousie vis-à-vis de son mari, puis elle négligea les soins du ménage, vagabondait, passait des nuits dans la forêt, achetant dans les magasins des futilités inutiles.

Plus tard elle menaça sérieusement son mari, se livra contre lui à des violences et fut amenée à l'Asile.

A son entrée le certificat constate qu'elle est atteintes de paralysie générale à la première période, caractérisée par l'incoordination dans les idées et dans les actes, des alternatives de tristesse et d'expansion, de l'euphorie, des idées de richesse, de la perte de la mémoire, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire en faveur de la pupille droite, de la raideur des membres et de l'exagération des réflexes patellaires.

Elle était enceinte de trois mois et demi.

Le 19 janvier 1892, elle accouche d'un enfant du sexe masculin. La paralysie générale évolua, la démence fit des progrès, la malade devint gâteuse, et succombe le 6 mai 1893.

Le père nous donne de très bons renseignements sur la santé de son fils âgé de 2 ans.

Observation XIV. — Mère démente mélancolique. — Fils suicidé.

H..., Jeanne, f^me B..., 24 ans. Entrée le 4 mai 1869.

Antécédents héréditaires. — Une de ses sœurs est morte aliénée. Un enfant.

Mariée à 20 ans.

Traitée une première fois, du 17 août au 5 septembre 1868. Elle est retombée au mois de janvier. Alternatives de périodes d'excitation et de dépression. Elle ne s'occupait plus de son ménage, a failli se brûler devant le feu, déchirait ses vêtements, brisait des meubles.

Le certificat d'admission relate qu'elle ne se livre plus aux occupations du ménage, qu'elle tient des propos érotiques aux hommes qu'elle arrête dans la rue. Incohérence du langage et des actes.

Certificat du Dr Vedie. Lypémanie avec tendance à la démence. Intelligence obtuse, idées vagues et sans suite. Paraît hallucinée. Enceinte de trois mois.

En juin 1869, idées de persécution à l'égard de son mari. Elle s'imagine qu'on la retient injustement attendu qu'elle est enceinte. Il y a quelque chose d'enfantin en elle, sourit en parlant et s'écoute parler.

Le 8 décembre 1869, elle accouche d'un garçon, elle n'a pas accusé les premières douleurs, le travail était très avancé quand on s'en est aperçu. Le cordon était enroulé autour du cou de l'enfant. Il a fallu le rappeler à la vie.

Les suites de couches ont été normales.

Depuis 1874, intelligence déprimée, mémoire affaiblie, manque d'initiative, triste, hallucinée, caractère facile, travaille un peu.

Georges-Octave B..., décédé au Val-David, 29 juin 1870 à 20 ans. Réformé du service militaire.

Intelligence développée, il écrivait dans les journaux.

Il s'est suicidé en se donnant un coup de couteau. On a attribué son suicide à la jalousie. Il aimait et fréquentait une personne âgée d'au moins 50 ans.

OBSERVATION XV. — MÈRE DÉLIRANTE, PERSÉCUTÉE, EN DÉMENCE. — SA FILLE, AGÉE DE 21 ANS, DE CONSTITUTION FAIBLE ET SOUFFRANT DE NÉVRALGIES.

L... Louise, femme G..., âgée de 33 ans. Entrée, le 6 septembre 1873, pour la deuxième fois.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

1 fille, née en 1862.

1 fille, née à l'Asile.

Elle est entrée à l'Asile, pour la première fois, du 20 mars au 14 octobre 1872 pour manie hystérique. Sortie améliorée, elle rentre onze mois après, et le certificat d'entrée du docteur Broc constate une excitation maniaque intense et une grossesse de plus de six mois.

Son accouchement s'effectue le 23 septembre 1873 et ne modifie en rien son état mental.

L'excitation maniaque persiste jusqu'en 1879, elle est d'un caractère difficile, insolente, paresseuse. Elle tient des propos obscènes.

En 1879, nous pouvons signaler l'apparition de la démence, elle continue à s'exciter, elle tient des monologues incohérents, travaille par boutade, elle est violente.

En 1885, on signale chez elle des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe. L'amnésie apparaît en 1887.

Aujourd'hui, elle est dans un état complet de démence incohérente. Elle parle seule, tenant des propos inintelligibles. Elle ne peut même plus dire son nom.

Elle est malpropre et ne peut s'occuper à aucun travail.

Eugénie G...., âgée de 21 ans, d'après son père, est d'une constitution faible ; elle souffre de névralgies.

Observation XVI. — Mère mélancolique. — Fille de 9 ans, d'une constitution faible.

L..., femme T..., âgée de 25 ans. Entrée le 8 décembre 1884. Décédée le 2 décembre 1886.

A la suite de la perte d'un enfant, en mars 1884, elle devint triste, refusa toute nourriture, voulut quitter sa maison, même sans vêtements, tenta de se suicider une fois en se jetant par une fenêtre et. une seconde fois, en s'introduisant un couteau dans la bouche, 8 décembre 1884. Elle voulut se couper le poignet avec une serpe, elle dut être amenée à l'Asile.

A son entrée, elle ne répond à aucune question ; elle ne peut dire le nombre de ses enfants, la profession de son mari, etc. Le certificat relate qu'elle est atteinte de mélancolie stupide avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. On lui parle de l'enfer : on lui montre du feu parce qu'elle est trop gourmande. Elle était enceinte de près de huit mois.

Le 25 janvier 1885, elle accouche d'une fille.

Après une légère amélioration, en février 1885, elle retombe dans la dépression, avec apathie et illusions de la vue ; elle devient gâteuse, et succombe le 3 décembre 1886, par suite de granulie tuberculeuse généralisée.

D'après les renseignements du père, la fille, âgée de 9 ans, n'a jamais été malade, mais elle est d'une constitution faible.

Observation XVII. — Mère mélancolique. — Fille disparue.

H..., Thérèse, née le février 1854. Entrée le 29 juillet 1881, sortie le 10 décembre 1881.

Elle était atteinte de mélancolie avec idées de suicide.

Elle avait tenté de s'empoisonner avec de l'eau de cuivre, puis de se noyer, parce que, se trouvant enceinte de 7 mois, elle avait été abandonnée par son amant.

Sortie avec son enfant, elle quitta le pays et il nous a été impossible d'avoir des renseignements sur elle ni sur son enfant.

Hérédité directe. — Pères et Fils. — Mères et Filles

Nous n'avons apporté dans ce travail que des observations de malades que nous avons connus et nous avons cherché à

étudier la transmission des maladies mentales d'une génération à une autre. Nous n'avons réuni que 21 observations de pères ou mères et fils ou filles qui ont séjourné soit ensemble soit successivement à l'asile d'Evreux et dont la plupart encore sont sous nos yeux. Nous avons ainsi volontairement restreint notre champ d'observation en n'admettant que des faits positifs ; l'alcoolisme par exemple, n'est pris en considération que lorsque, ses manifestations se localisant sur le cerveau, il a provoqué des désordres intellectuels assez forts pour amener l'internement ; de même, la débilité mentale, la bizarrerie, etc., ont du être assez prononcés pour rendre impossible la vie au dehors.

Sur nos 23 enfants internés, qui sont nés d'aliénés également internés, nous trouvons *six* cas d'idiotie ou d'imbécillité profondes, *quatre* cas de démence précoce survenant après de courts accès délirants, *cinq* cas d'accès délirants passagers, *deux* cas de délire avec tendance à la chronicité, *cinq* cas de folie morale et enfin *un* cas de paralysie générale à marche suraigue.

Les six cas d'idiotie sont dus deux fois à des mères imbéciles ; D... Auguste (obs. 21) est le fils de D... Vve N... (obs. 20) imbécile, le neveu de D... Alphonse imbécile et le petit fils de D... Jean dément, morts à l'asile. Sa sœur mène une vie peu régulière, deux frères jumaux nés à l'asile sont morts à cinq mois.

G... Ludivine (obs. 23) est fille de G... Isménie (obs. 22) imbécile dont le père faisait des excès alcooliques et dont l'autre fille née à l'asile est morte à six jours (obs. 3).

Deux idiots sont également nés de paralytiques généraux.

L... Constance (obs. 25) est née d'un père épileptique et de M... f^me^ L... (obs. 24) paralytique générale d'origine alcoolique dont le père était lui-même épileptique et alcoolique.

P... Anatole-Cyrille (obs. 27) est fils de P... Anatole (obs. 26), paralytique général d'origine probablement spécifique.

Une imbécile profonde P... Marie (obs. 29) est fille de B..., f^me^ P... (obs. 28) mélancolique anxieuse dont la famille collatérale semble prédisposée.

Enfin deux sœurs idiotes sont petites-filles d'une épileptique

internée (f[me] C... obs. 30). Ce sont L... Angélina (obs. 31) idiote épileptique et L... Armandine (obs. 32) idiote. Leur mère, fille de la femme C..., est scoliotique, peu intelligente, d'un caractère bizarre, mais n'est pas internée.

Nos quatre cas de démence précoce sont dus : deux fois à des mères délirantes et déjà héréditaires et deux fois à des pères alcooliques délirants.

D... Rose (obs. 34) fût prise à 33 ans d'un accès de délire polymorphe avec agitation qui se termina en six mois par la démence où elle est encore. Elle est fille de D... f[me] Da... (obs. 33) atteinte de manie chronique à 52 ans et moins démente que sa fille, bien qu'elle même appartienne déjà à une famille d'aliénés.

A... Marie (obs. 36), après avoir manifesté des idées de persécution, tombe en démence à 29 ans. Son père s'était suicidé et sa mère, Vve A... (obs. 35). fille elle-même d'aliénés a un délire mélancolique qui reste le même, malgré sa longue durée et l'âge où il a débuté (50 ans).

P..., Berthe (obs. 38), âgée de 19 ans, est en démence, après avoir manifesté quelque temps des idées mélancoliques, de la panophobie et avoir eu des attaques convulsives. Son père, P..., Albert (obs. 37), était alcoolique et avait des idées de persécution et des hallucinations ; il est mort à l'Asile, après y avoir fait un séjour de quatre ans.

D..., Marie (obs. 40), à la suite de l'influenza, a eu un délire mélancolique avec idées mystiques. Au bout d'un an, elle est tombée dans la démence, à 28 ans. Elle était fille de D..., Jean (obs. 39), qui a séjourné un mois à l'Asile pour un accès d'alcoolisme aigü et qui en est sorti sans avoir retrouvé son intégrité mentale.

Dans ces cas de démence précoce, comme dans les cas précédents d'idiotie, l'hérédité a eu une influence aggravante. Non seulement, la folie est apparue plus tôt chez les enfants que chez les parents, mais de plus le cerveau, prédisposé par l'hérédité, n'a pu résister longtemps et la démence s'est vite installée.

Les cinq cas suivants sont constitués par des bouffées délirantes passagères et souvent à répétition.

V..., Estelle (obs. 42), a 28 ans, a déjà eu deux accès de

mélancolie avec idées mystiques; le premier a duré neuf mois, le second, deux ans. La mère L..., femme V... (obs. 41), dont un frère avait déjà été aliéné, est morte à l'Asile, en pleine démence maniaque.

B..., Philomène(obs. 44),âgée de 28 ans, est à son troisième accès d'excitation maniaque ; elle est guérie et reste une déséquilibrée génitale. Son père, lui-même héréditaire et perverti génital, a eu une série d'accès d'excitation maniaque ; il est aujourd'hui mégalomane incohérent.

B..., Denis (obs. 46), est resté un an à l'Asile pour des idées hypochondriaques ; il est sorti amélioré. Il avait 22 ans. Son père, B,..,François (obs. 45), était resté 16 ans à l'Asile,atteint de manie chronique se terminant par la démence.

Ch..., Alexandre (obs. 48), a passé six mois à l'Asile pour des idées hypochondriaques, à l'âge de 44 ans. Sa mère, veuve Ch... (obs. 47), est morte dans l'établissement, après être restée dix ans démente maniaque.

R..., Udivine (obs. 50), eut, à l'âge de 20 ans, un premier accès d'excitation maniaque d'une durée de trois mois. Elle resta 20 ans en liberté et fut internée de nouveau. Sa mère, R..., femme H... (obs. 49), avait eu un accès délirant au moment de sa grossesse; elle fut amenée à l'Asile, à 33 ans et y mourut 7 ans après en état de démence.

Dans ces observations, on remarque le peu de durée des accès, l'âge peu avancé auquel il débute; enfin, on peut dire que ces malades ne sont jamais guéris complètement en réalité; ils ne sont qu'améliorés.

Les deux cas suivants sont des délires polymorphes,dont l'un a 20 ans de date et l'autre dont le début ne remonte qu'à deux ans semble devoir être durable.

Ph..., Mary (obs. 52) est aujourd'hui en démence. Il est à l'asile depuis 20 ans et jusqu'à ces derniers temps il a manifesté des idées hypochondriaques et de persécution ainsi qu'une succesion de crises d'excitation. Sa mère Y... f^me Ph... (obs. 51) n'a été atteinte que longtemps après lui. Elle est morte maniaque chronique après avoir été deux ans malade.

G... Auguste (obs. 54) a présenté brusquement un mélange d'idées mystiques de persécution et de grandeur. Ses idées systématisées de prime abord n'ont aucune tendance à évoluer.

Sa mère G. ., Eugénie (obs. 53) est restée 17 ans internée, atteinte de démence maniaque organique.

Nous avons encore six cas de perversion morale précoce caractérisée par des anomalies du caractère, de l'exaltation des instincts égoïstes et surtout de l'instinct destructeur et de l'instinct génésique, coïncidant avec un léger degré de faiblesse intellectuelle.

Deux de ces fous moraux sont nés de paralytiques généraux.

B...., Paul (obs. 56) est un garçon assez intelligent, il a toujours été d'un caractère indisciplinable, irascible. Il n'a jamais pu supporter une observation sans réagir avec violence. Il prenait plaisir à torturer les animaux, à insulter les passants, etc.. Son père B.... Maxime (obs. 55) est atteint de paralysie générale à marche anormale depuis 9 ans. Il est encore à l'asile, hémiplégique droit et est atteint de démence complète.

Th..., A (obs. 12) qui est né à l'Asile est en ce moment à la colonie des Douaires pour un vol qu'il a commis à l'âge de 12 ans. Sa mère (obs. 12) a succombé à la paralysie générale en 1883. Elle avait déjà eu plusieurs enfants dont aucun n'avait vécu.

Les deux cas suivants sont dus l'un à une démence maniaque, l'autre à une mélancolie anxieuse héréditaire.

D... Marie (obs 58) est une jeune fille de 17 ans chez laquelle les défauts de caractère se sont manifestés de bonne geure, Elle a toujours été sournoise, indisciplinable; dès l'âge de 12 ans elle recherchait les hommes, s'adonnait à l'onanisme. A 15 ans, elle quitte l'hospice et aussitôt se livre à la prostitution, provoque les petits garçons et se fait arrêter pour attentat à la pudeur. Elle a une sœur qui est prostituée, un frère qui a été enfermée à la colonie des Douaires. Sa mère Vve D... (obs. 57) est morte à l'Asile atteinte de démence maniaque.

L... (obs. 60) est entré à l'Asile à la suite d'une scène de fureur pendant laquelle il menaçait de tuer ses parents. Il a le caractère sombre, il aime torturer les animaux, il est avare et vole sa mère, il hait sa sœur et en est jaloux, la frappe, etc. Sa mère est hystéro-épileptique. Son père est mort à l'asile mélancolique anxieux; il présentait lui-même une hérédité très chargée.

Notre dernier fou moral est le petit-fils de Ph... (obs. 51)

et neveu de Ph... Mary (obs. 52). Cet enfant de 14 ans a du être placé à la colonie pénitentiaire pour ses nombreux vols.

Pour épuiser la liste de nos héréditaires directs.

L..., Edmond (obs. 62) est mort a l'Asile après trois jours d'internement; il était atteint de paralysie générale à marche suraigüe. Sa mère H... fme L... (obs. 61) est morte d'hémorrhagie cérébrale après avoir manifesté pendant 7 ans des idées de persécution et de grandeur incohérentes.

Observation XVIII. — Démence.

D..., Jean, dit le Bègue, né le 29 frimaire an IX. Entré à l'Asile 24 Février 1876.

Les antécédents héréditaires nous sont inconnus.

Les renseignements administratifs nous apprennent qu'il était illettré, indolent et que, par sa paresse il a perdu les quelques immeubles qu'il avait possédés.

Deux ans avant son entrée, il avait abandonné en partie son travail et, quelque temps, avant il avait détruit sa maison en brûlant des chevrons pour se chauffer.

Le certificat du Dr Broc le signale comme dément se laissant conduire comme un enfant.

Il meurt, le 12 juin 1876, par suite d'une entérite aiguë

Orservation XIX. — Imbécillité.

D..., Guillaume-Frédéric, né le 9 février 1832. Entré à l'Asile le 24 février 1876.

Il est fils de D... (Jean), a une sœur idiote et un neveu idiot.

Le certificat du Dr Broc le signale comme un faible d'esprit qu'on dirige comme on veut, mais qui n'a ni jugement, ni discernement, ni ressort moral.

Il manque d'initiative et est incapable de résister à l'impulsion d'autrui. Il est malpropre, paresseux.

Le 30 juin 1882 il meurt de gastro-entérite.

Observation XX. — Imbécillité.

D..., Alphonsine, Vve N..., née le 19 août 1835. Entrée à l'Asile le 22 octobre 1875.

Antécédents héréditaires — Elle est fille de D...(Jean), interné à l'Asile et d'une mère inintelligente. Son frère est D... (Guillaume-Frédéric) également mort à l'Asile. Elle a eu un fils naturel, D... (Alphonse-Auguste) qui a été interné, une fille de moralité douteuse, et deux jumeaux qui sont nés à l'Asile et qui sont morts à l'âge de 5 mois.

Elle a fait plusieurs fausses couches.

D... (Alphonsine) n'a jamais travaillé et mendiait. Une lettre d'elle, mise au dossier, montre qu'elle savait écrire et que son instruction était suffisante.

Un certificat du Dr Broc nous la présente comme une imbécile. Elle a un horizon intellectuel ne lui permettant d'avoir aucune idée abstraite ni de discerner le bien du mal, ni de prévoir les conséquences des actes qu'elle commet. Elle manque de sens moral, a des instincts lubriques. — A l'Asile elle était notée comme travaillant régulièrement au ménage.

En 1886 elle eut les premières crises de dyspnée cardiaque et mourut le 1er janvier 1893.

Observation XXI. — Idiotie.

D..., Alphonse-Auguste, né le 24 mars 1856. Entré à l'Asile le 24 février 1876.

Antécédents héréditaires. — Il est fils de D... (Alphonsine) et d'un père inconnu. Il a été nourri au sein par sa mère, son éducation à été complètement abandonnée et il n'a jamais été capable d'aucun travail. Le certificat du Dr Broc nous le montre idiot, gourmand, paresseux, n'ayant qu'un vocabulaire restreint, n'ayant aucun soin de propreté et ne pouvant se passer des secours d'autrui.

Aujourd'hui, il est assez bien développé physiquement. Il a 1 m. 60 de taille.

Ses oreilles sont grandes, écartées du crâne, mal ourlées. Il présente un léger strabisme interne de l'œil gauche. Sa voute palatine est ogivale. Au point de vue intellectuel, il est dans un état d'idiotie profonde. Il est incapable de dire son nom, il le reconnaît cependant quand on le prononce devant lui. Il répète d'ordinaire : « Ça va bien ! »

Il travaille à la ferme où il est occupé aux travaux les plus grossiers

Observation XXII. — Imbécile.

G..., Isménie-Augustine, née le 22 mars 1854. Entrée à l'Asile le 6 juillet 1875.

Antécédents héréditaires. — Son père faisait des excès de boissons; sa mère est morte impotente par suite de faiblesse de la vue; son frère, matelot, est mort dans la misère. Il faisait des excès alcooliques. Elle a une sœur atteinte d'une maladie de cœur qui la fait se plaindre d'être impotente. Elle a eu deux enfants dont une fille qui est idiote, et l'autre, née à l'Asile, le 5 novembre 1875, qui est morte au bout de six jours.

Physiquement, la malade est bien constituée; ses traits sont réguliers. Au point de vue intellectuel, c'est une imbécile. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Elle dit que 2 et 1 font 2, que 1 et 1 font 1. Elle ne peut dire ni son âge, ni celui de sa fille. Elle ne reconnaît même pas les différentes pièces de monnaie; elle ne sait pas combien elle peut gagner ni dépenser au dehors. Cependant elle demande sa sortie.

Elle travaille à la buanderie avec assiduité.

Observation XXIII. — Idiote.

G... (Ludivine-Amanda), née en février 1873. Entrée à l'Asile le 17 février 1888. — Fille de G... (Isménie-Augustine), et d'un père inconnu.

Nous n'avons aucun renseignement sur son enfance.

Physiquement, elle est d'une taille au-dessous de la moyenne; son front est très étroit; sa bouche grande, sourit toujours niaisement.

Au point de vue intellectuel, c'est une idiote complète. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Elle répond à presque toutes les questions par un rire épais; elle ne peut distinguer les différentes pièces de monnaie. On n'a pu l'occuper à la buanderie, et c'est à peine si elle peut aider à cirer le parquet. Elle s'habille seule, mais ne sait pas se peigner. Elle est gâteuse, parfois son caractère est très irritable. Il lui arrive souvent de frapper sa mère, quand celle-ci lui fait des observations et veut la faire travailler.

Observation XXIV. — Paralysie générale d'origine alcoolique. — Hérédité chargée.

M..., Vve L..., née le 9 juin 1864. Entrée à l'Asile le 12 septembre 1891.

Antécédents héréditaires. - Son père est épileptique et alcoolique. Elle a une sœur qui, à l'âge de huit ans, ne marchait pas encore seule. Elle a eu dix enfants et une fausse couche ; sept de ses enfants sont morts : trois du croup, un autre de maladie de poitrine, les autres de maladies inconnues. Des quatre qui vivent la seconde, Constance L..., est idiote.

Elle a été élevée dans la plus grande misère par ses parents qui vivaient en état de vagabondage. Elle fut réglée à 15 ans, et se maria à 22 ans. Elle menait une vie peu régulière, se livrant à la débauche et faisant des excès de boissons.

Elle fut très affectée, dans ces derniers temps, de l'abandon d'un amant et de la mort d'une de ses filles.

A son entrée, elle présentait de l'excitation, de l'incoordination des idées et des actes, de l'amnésie, de l'hésitation de la parole, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, du tremblement généralisé. Quelques jours plus tard, elle se montre très affaiblie intellectuellement, mais plus calme. L'amnésie et les idées de persécution, l'embarras de la parole et le tremblement des lèvres ayant persisté, le diagnostic de paralysie générale d'origine alaoolique fut porté.

Les symptômes se sont amendés depuis, elle est tranquille, raisonnable, travailleuse. Elle a toujours une mémoire peu sure, mais elle peut donner des renseignements sur sa vie antérieure. Elle est assez affectueuse vis à vis de sa fille.

Au point de vue physique, elle présente toujours de l'embarras de la parole, du tremblement de la lèvre quand elle va parler, du tremblement des doigts et de la langue. Elle est bien constituée. Son front est un peu étroit.

Observation XXV. — Idiotie.

L..., Constance, née le 30 novembre 1882. Entrée à l'Asile le 10 octobre 1892.

Antécédents héréditaires Elle est fille de M..., Vve L..., et d'un père épileptique.

Elle a été difficile à alimenter dans ses premières années, elle n'a pris que du lait jusqu'à quatre ans. Elle n'a commencé à prononcer quelques mots qu'à trois ans, et à marcher un peu, qu'à sept ans.

A cinq ans, elle eut ses premières crises épileptiques.

A son entrée, elle était bien conformée, sa taille n'était que d'un mètre. Elle s'alimentait difficilement, ne pouvait s'habiller seule et marchait à peine sans le secours d'autrui. Elle babillait plutôt qu'elle ne parlait, et on ne pouvait fixer son attention.

Dès son entrée, elle eut des attaques épileptiques, qui disparurent complètement sous l'influence du bromure de potassium Elle urine cependant très souvent au lit, sans qu'on puisse l'en empêcher.

Malgré tous les efforts, elle n'a fait que bien peu de progrès au point de vue intellectuel, elle n'a pu apprendre les lettres, ni les chiffres; elle en connaît quelques-uns par cœur, mais ne peut les reconnaître ; elle mange seule, mais non proprement. Elle parle beaucoup, avec une certaine difficulté d'articulation, elle ne comprend pas toujours les phrases qu'elle répète comme un perroquet.

Elle reconnaît sa mère et l'aime bien. Elle s'est fortifiée depuis son entrée ; elle a 1 mètre 15 ; elle marche et même court seule. Sa figure est agréable, sa physionomie très mobile, ses yeux sont vifs et paraissent intelligents ; cependant, son front est bombé et droit.

Obsertasion XXVI. — Paralysie générale. — Syphilis probable.

P..., Anatole, né le 15 avril 1847. Entré à l'Asile le 10 juin 1884.

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Sa maladie remonte à un an. Il a toujours été d'un caractère exalté. Il a commis des excès alcooliques et vénériens. D'après les renseignements administratifs, il aurait même suivi un traitement mercuriel.

A son entrée à l'Asile, le 10 juin 1884, on le reconnaît atteint de paralysie générale à la dernière période. C'est un dément. Il a des idées de grandeur ; il présente de l'émotivité. On constate chez lui de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole et du tremblement des lèvres. Il est gâteux et incapable de marcher.

Le 16 avril 1885, il meurt après avoir eu des attaques épileptiformes, le 8 mars 1885.

Observation XXVII. — Idiotie.

P.., Anatole-Cyrille, né le 22 juillet 1874. Entré à l'Asile, le 28 janvier 1885.

Antécédents héréditaires. — Il est fils de P... (Anatole). Il a un frère âgé de 18 ans, d'une santé délicate et d'une taille au-dessous de 1^{m} 50, et dont la colonne vertébrale est déviée par suite d'une chute, dit-on. Sa sœur, âgée de 16 ans, est bien constituée et bien portante.

Ce malade est atteint d'idiotie congénitale ; son front est étroit et peu élevé ; il a les oreilles larges, en forme d'anses, à lobules très détachés du crâne. Il présente de l'asymétrie faciale; l'œil droit est plus petit que l'œil gauche. Son corps est assez bien développé.

Il a une démarche spasmodique ; il a une prononciation vicieuse. Il connaît les objets usuels, ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Pour lui, 1 et 1 font 1, 2 et 2 font 3. Il dit avoir 3 ans.

Il demande à sortir pour travailler en fabrique, espérant y gagner 2 sous par jour avec lesquels il mangera mieux qu'ici.

D'un caractère doux et docile d'habitude, il est parfois mauvais et entêté. Il travaille un peu aux terrassements.

Depuis deux ans, sa constitution physique s'est développée et sa santé est devenue meilleure.

Observation XXVIII. — Lypémanie anxieuse avec idées de suicide

B... fme P..., née le 24 mai 1845. Entrée à l'Asile le 8 novembre 1877. Décédée le 2 janvier 1878.

Pendant qu'elle nourrissait son dernier enfant P... Marie, aujourd'hui à l'Asile, elle eut une violente émotion produite par une perte d'argent.

Elle fut amenée à l'Asile, atteinte de lypémanie anxieuse, avec idées de suicide, panophobie et sitiophobie.

On dut la nourrir à la sonde.

Au bout de deux mois, elle succomba.

Observation XXIX. — Imbécillité profonde.

P... (Marie-Jeanne), née le 22 octobre 1876. Entrée à l'Asile le 9 juin 1894.

Antécédents héréditaires. — Elle est fille de B... fme P..., et d'un père mort d'un cancer. Son père est intelligent, mais a été réformé pour petitesse de taille. Une tante maternelle est strabique. Une autre a eu deux enfants, un né à 8 mois, mort à 18 mois, après avoir été aveugle un mois, l'autre est mort-né. Sa troisième tante maternelle a eu trois enfants, un âgé de 7 ans est très intelligent, les deux autres sont morts de convulsions, l'un à 4 mois, l'autre à 7 mois.

A l'âge de six mois, Marie P... eut une maladie des yeux, qui la rendit aveugle quelque temps, elle ne recouvra l'usage que de l'œil droit.

Elle ne commença à parler et à marcher qu'à trois ans. Elle a été à l'école très longtemps sans pouvoir y rien apprendre. Son caractère était très irrégulier, tantôt elle se montrait gaie et rieuse, tantôt au contraire, elle était sombre, triste et inactive.

Elle a été réglée à 15 ans.

On l'a fait entrer à l'Asile parce que ses parents ne pouvaient pas la surveiller autant que l'aurait nécessité son état.

Elle est atteinte d'imbécillité : elle ne possède aucune notion abstraite. Elle a pu apprendre à repasser un peu. Elle est assez docile.

Elle blesse en parlant, et prononce certains mots avec difficulté.

Elle est bien développée pour son âge, tout en étant de petite taille (1m40). L'épaule gauche est plus élevée que la droite. Le crâne est de dimensions normales; la face plus développée du côté gauche.

Elle a de la blépharite, et l'œil gauche est affecté de kératite ancienne.

Observation XXX. — Epilepsie avec affaissement intellectuel.

C... née le 3 décembre 1819. Entrée à l'Asile le 6 aout 1880. Décédée le 17 août 1892.

Elle était atteinte d'épilepsie depuis sa naissance. Les attaques étaient assez rares, elles survenaient à des intervalles irréguliers.

Son intelligence était affaiblie. Elle travaillait cependant d'une façon régulière à la buanderie ; son caractère était irritable, elle ne supportait pas la moindre contrariété.

Elle portait sur le corps de nombreuses cicatrices, consécutives aux chutes faites dans ses attaques.

Sa fille C..., femme Lill..., est scoliotique, peu intelligente et

parle difficilement ; elle est migraineuse et d'un caractère bizarre. Elle n'a jamais été internée.

Elle a eu 9 enfants dont 3 sont morts peu de jours après leur naissance, deux filles sont entrées à l'Asile, trois filles et un garçon sont bien enveloppés au point de vue physique et intellectuel.

Observation XXXI. — Idiotie et épilepsie

I..., Angélina, née le 5 octobre 1878. Entrée, à l'Asile le 1er juin 1893.

Elle est atteinte d'idiotie : elle comprend difficilement ce qu'on lui dit, ne peut prononcer que quelques mots et encore d'une façon défectueuse. Les sentiments affectifs sont à peu près nuls, elle n'a pas réclamé sa famille ; séparée de sa sœur, elle n'en a éprouvé aucun chagrin. Elle manifeste cependant un certain plaisir à la revoir. Elle a des attaques d'épilepsie fortes et assez fréquentes. Elles surviennent surtout le matin et cinq ou six fois par mois. Elle n'est pas méchante.

Elle est de petite taille et peu développée pour son âge. Son front est étroit et bombé, les yeux sont enfoncés dans les orbites. Elle est réglée.

Observation XXXII. — Idiotie

L..., Armandine, née le 2 mars 1881. Entrée à l'Asile le 1er juin 1893.

Elle est atteinte d'idiotie : elle comprend difficilement ce qu'on lui dit, répond d'ordinaire par un rire niais. Elle prononce très mal quelques mots. Elle est incapable de fixer son attention et, par suite, d'apprendre quoi que ce soit. Elle ne sait même pas manger proprement.

Elle est d'un caractère taquin et méchant, elle déchire ses vêtements. Elle manifeste sa joie en sautant et en riant au moindre objet qu'on lui donne.

Séparée de sa sœur, elle ne l'a pas reclamée

Son crâne est d'un volume légèrement exagéré, le front est bombé, les yeux sont enfoncés dans les orbites. Elle a un fort prognatisme de la mâchoire inférieure, la bouche reste toujours entrouverte, les arcades dentaires restant séparées l'une de l'autre. Les lobules des oreilles sont très développés.

Observation XXXIII. — Manie chronique, en voie de démence

De..., née Da... le 11 mars 1826. Entrée à l'Asile le 15 avril 1879.

Antécédents héréditaires. — Elle a plusieurs parents aliénés, parmi lesquels un frère mort à l'asile de Caen. Elle a une fille qui est aliénée.

Son délire aurait suivi une marche progressive. Peu de jours avant son entrée, elle a occasionné un scandale à l'église et troublé l'office.

On constate à son entrée à l'Asile, qu'elle jouit d'une motilité et d'une sensibilité normales. Elle est continuellement agitée et incohérente. Elle a des idées de grandeur.

Peu à peu, elle devient plus calme, mais son délire subsiste toujours.

En 1885, à la suite d'une maladie aiguë, elle devient malpropre et quitte le quartier des agitées pour celui des gâteuses.

En 1894, Mme D... paraît plus que son âge, marche le corps voûté, la tête penchée sur la poitrine. Elle présente un léger tremblement des mains. Elle mange seule, s'habille seule.

Au point de vue mental, la démence n'est pas complète, elle est toujours loquace, excitée. Elle se rapelle avoir été jadis en cellule. Elle comprend ce qu'on lui dit et répond aux questions qu'on lui pose, mais est toujours incohérente.

Observation XXXIV. — Démence complète après un court délire

De..., Rose, femme L..., née le 8 avril 1846. Entrée à l'Asile le 29janvier 1879.

Antécédents héréditaires. — Elle est fille de D... internée à l'Asile.

Lorsqu'elle est amenée à l'Asile, elle était malade depuis un an environ. Ses sentiments affectifs étaient altérés ; elle battait sa mère et ses enfants. Sa conduite était désordonnée.

On constate chez Mme L .. un délire polymorphe, avec hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale, des idées mélancoliques et de persécution, de l'excitation génésique. Elle déchire ses vêtements, ne dort pas la nuit, crache ses potions. Le 10 août 1879, un certificat montre qu'elle tend à la démence. Enfin, le 20 novembre elle est démente et gâteuse.

La malade, aujourd'hui âgée de 46 ans, est très affaiblie ; elle peut

à peine se tenir debout. Sa physionomie n'a aucune expression. Quand on l'interroge, elle se contente de lever les yeux et remuer les lèvres. Elle est indifférente à tout, sauf qu'elle regarde sa mère lorsqu'on s'occupe de cette dernière. Il faut la faire manger, l'habiller.

Quelquefois elle a des mouvements impulsifs : elle cherche à se jeter sur quelqu'un et à frapper.

Observation XXXV. — Mélancolie chronique chez une héréditaire

Vve A..., née H..., Béatrice, le 6 février 1833. Entrée à l'Asile le 12 juillet 1886.

Antécédents héréditaires. — Sa mère s'est suicidée dans un accès d'aliénation. Son oncle paternel a été traité à Charenton.

La malade a eu, à Caen, en 1868, un premier accès sur lequel nous n'avons aucun détail.

En juin 1883, elle est amenée à l'Asile d'Evreux pour un nouvel accès dont les causes occasionnelles ont été, le suicide de son mari et le règlement d'affaires très embrouillées. Elle est sortie, non guérie, le 15 septembre 1883, sur la demande de sa fille, pour être réintégrée le 28 septembre 1883. Du 31 octobre 1884 au 12 juillet 1886, elle a pu vivre chez elle sans que nous ayons de renseignements sur son état pendant ce laps de temps.

Elle nous est ramenée le 12 juillet 1886.

A son entrée, la malade présentait : des idées mélancoliques et de persécution (on tue ses parents, on fait du mal à son gendre et à sa fille, etc.) ; des hallucinations de l'ouïe (on lui dit des injures, on la menace ; des hallucinations de la sensibilité générale (on la torture); des hallucinations de la vue (?) (elle voit des choses affreuses qu'elle ne peut définir). Elle a un peu conscience de son état maladif.

En juillet 1894, nous trouvons Mme A... en bon état physique et dans le même état mental. C'est une femme de 61 ans, bien constituée, jouissant d'un léger embonpoint. Sa taille mesure 1 m. 51 ; elle présente du prognatisme de la mâchoire inférieure. La motilité et la sensibilité sont intactes chez elle. Elle travaille à la couture ou au ménage. Ses idées sont identiques à celles qu'elle présentait à son entrée. Ses idées de persécution et de mélancolie sont restées fixes sans tendance évolutive, analogues aux idées obsédantes. Les hallucinations de l'ouïe dominent la scène : elle s'entend accuser d'avoir volé, menacer de tous les supplices. Elle

accuse ses voisines de tenir ces propos et elle se défend constamment de ces accusations.

Cependant tout ce délire ne l'empêche ni de travailler ni de manger et, quand on peut détourner son esprit de ces idées morbides, on constate que ses facultés intellectuelles n'ont pas sensiblement diminué. Sa mémoire est restée intacte.

Observation XXXVI. — Démence complète après un court délire

A..., Marie, née en mars 1858. Entrée à l'Asile le 27 septembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Fille de A..., Béatrice et d'un père qui s'est suicidé.

La mère a pu nous raconter qu'à 15 mois elle n'avait que quatre dents et qu'à cette époque elle avait eu des convulsions terribles. A l'école, elle ne pouvait pas apprendre aussi facilement que sa sœur. Lors du premier internement de sa mère, elle est venue la chercher la disant guérie. 15 jours après elle rentrait avec elle le 17 septembre 1883.

Le 1er mai 1884 elle est sortie, son état s'étant amélioré, et elle fut réintégrée le 28 novembre 1887.

Le premier certificat indique des idées de persécution, des sentiments de haine contre sa famille, des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, de l'excitation et de l'incohérence. Tout en indiquant que son délire est à peu près le même que celui de sa mère, le certificat ne fournit aucun renseignement sur la possibilité de l'influence maternelle; sa sortie rapide au bout de huit mois la ferait supposer.

Sortie le 1er mai 1884 elle n'est réintégrée que le 28 novembre 1887. A ce moment on constate chez elle un état de démence avec affaiblissement intellectuel et de la mémoire, ainsi que de l'inconscience, de l'incohérence, des idées confuses de persécution, de l'agitation, de la malpropreté, du gâtisme.

Depuis six ans. l'état de démence de la malade n'a fait que s'accentuer; maintenant les idées confuses sont complétement effacées. Elle est actuellement âgée de 36 ans. Elle est amaigrie, a le visage légèrement coloré par une stase veineuse; elle n'a plus aucune impression; ses pupilles sont dilatées; elle reste assise la plus grande partie du temps, déchirant ses vêtements d'une façon toute automatique.

Elle est incapable de s'habiller et de prendre aucun soin de pro-

preté ; elle est gâteuse jour et nuit. Inconsciente et très indifférente, elle est parfois violente quand on l'écoute.

Les quelques réponses qu'on obtient d'elle à grand peine sont très incohérentes : elle a 20 ans, nous sommes en 1870, etc.

Elle ne s'inquiète jamais de sa mère et semble à peine la reconnaître.

Observation XXXVII. — Délire alcoolique avec idées de persécution

P..., Albert-Evode, né le 26 avril 1853. Entré à l'Asile le 2 septembre 1885. Décédé le 3 juin 1889.

Il est entré à l'Asile atteint de folie alcoolique caractérisée par des sentiments de jalousie, des idées de persécution, des hallucinations et des accès de fureur.

Pendant son séjour il se montra alternativement excité et déprimé ; pendant de rares périodes de calme il travaillait, mais les hallucinations auditives persistaient.

Il succomba à une pleuro-pneumonie.

Observation XXXVIII. — Démence précoce

P..., Berthe-Cécile, née le 30 décembre 1874. Entrée à l'Asile le 17 juin 1893.

Antécédents héréditaires. — Fille de P..., Albert-Evode.

Sa mère est morte d'une maladie de poitrine. Elle a deux frères et deux sœurs en bonne santé.

A l'âge de huit mois elle tomba dans le feu et se fit une brûlure profonde à la main gauche. A six ans elle eut une fièvre typhoïde. Elle était d'un caractère gai, d'une intelligence ordinaire, elle apprit facilement à lire, à compter, à travailler à la couture.

Vers 14 ans, au moment de l'apparition de ses règles, elle devint d'une émotivité extrême, elle pleurait sans motif et avait toujours peur. Elle était très constipée, éprouvait la sensation de boule lui remontant dans le larynx. Enfin, d'après les parents, elle eut des crises nerveuses pendant lesquelles elle ne perdait pas connaissance, elle poussait des hurlements et avait des convulsions cloniques (attitude en arc de cercle).

Ses parents la confièrent d'abord à des prêtres qui reconnurent qu'elle avait subi un maléfice, mais ne purent obtenir la guérison.

Depuis son entrée, Cécile P... n'a pas eu d'attaques. Elle présente

de l'obtusion intellectuelle, ne peut répondre à aucune question. Elle n'a aucune énergie morale, ni aucune volonté. Il faut la conduire à table, aux cabinets, etc. Si on lui met entre les mains un ouvrage de couture, elle coud jusqu'à ce qu'elle ait fini son fil, sans chercher d'elle-même à en reprendre d'autre. Si on lui met une plume entre les mains et du papier devant elle, elle remplit les pages de son nom, ou elle écrit des paroles prononcées près d'elle. Elle a toujours peur de mourir, de souffrir, etc., elle pousse des cris à chaque émotion qu'elle ressent. Elle a eu une impulsion irrésistible à frapper une de ses compagnes, à la tête. Elle dit qu'elle a été poussée à le faire.

Elle est souvent malpropre, même gâteuse.

Elle ne présente pas de stigmate physique de dégénérescence. La cicatrice de la brûlure de la main gauche l'empêche d'étendre le petit doigt.

Observation XXXIX. — Délire alcoolique avec idées de persécution

D..., Jean-Baptiste, né le 15 février 1842. Entré le 19 octobre 1876. Sorti le 25 novembre 1876.

Avant son entrée il a manifesté des idées de jalousie envers sa femme, il a fait des menaces contre des voisins et des personnes imaginaires.

A l'Asile il présenta un état de dépression intellectuelle, les hallucinations de la vue, les craintes imaginaires et tous les symptomes physiques de l'alcoolisme aigu, il entra vite en convalescence et fut rendu à sa famille au bout d'un mois.

Bien qu'il vive en liberté, il est toujours resté déséquilibré, il a encore de vagues idées de persécution et sa famille le considère toujours comme malade.

Observation XL. — Démence précoce

D..., Julie, fme D..., née le 3 avril 1867. Entrée à l'Asile le 27 mai 1893.

Antécédents héréditaires. — Fille de D..., Jean-Baptiste. Elle a une petite fille de huit ans bien portante et intelligente.

D'un caractère timide, elle était d'une intelligence ordinaire. Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses.

Mariée à dix-huit ans elle était heureuse en ménage, ses beaux-parents cependant la forçaient à travailler à la culture, d'une façon peut-être excessive.

Elle eut l'influenza au mois d'avril et, à la suite, apparurent les premiers troubles mentaux. Elle est devenue sombre, très émotive, elle tressaillait au moindre bruit, pleurait et riait sans le moindre motif. Elle s'était mise à fréquenter l'église.

A son entrée, Mme D... était très excitée et très incohérente dans son langage. Ses réponses n'étaient pas en rapport avec les questions. Elle paraissait hallucinée, les yeux étaient hagards et les pupilles contractées.

Après avoir éprouvé une certaine amélioration et travaillé quelque temps, elle tombe dans un état de demi-stupeur dans lequel elle est encore plongée.

Elle se tient dans un coin la tête baissée, ne causant à personne, ne répondant à aucune question, reconnaissant à peine son mari et ses parents. Quelquefois elle a des mouvements automatiques, frappant sur la table, remuant les bras des heures entières. Elle ne sort de son immobilité que pour courir dans la cour, sans but, ou pour se livrer à des actes de violence sur ses compagnes, ou déchirer ses vêtements. Pendant une courte période d'excitation, elle a crié : « Au voleur ! » pendant près de 30 minutes ; une autre fois elle a répété à satiété : « campaqueroute », sans que l'on puisse comprendre ce qu'elle entend par ce mot.

Pendant trois semaines, alors que déjà elle n'était plus réglée, elle eut la salive sanguinolente.

Elle a pris de l'embonpoint, mange bien, mais elle est malpropre et gâteuse.

Elle est bien constituée et ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Observation XLI. — Démence avec excitation et troubles sensoriels.

L..., Rosalie, femme V..., née en 1829. Entrée le 13 mars 1886. Décédée le 24 juin 1890.

Antécédents héréditaires. — Un de ses frères serait aliéné. A son entrée elle était atteinte de démence caractérisée par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des illusions de la vue et des hallucinations de l'ouïe. Dans toutes les personnes elle croit reconnaître des parents, des amis ; elle croit voir sa fille et pour-

tant entend une voix lui dire qu'elle est morte. Elle entend tantôt des chants gais, tantôt des chants religieux. Elle s'agitait par intervalle et devenait incohérente, loquace et criarde.

Son mari voulut la prendre en congé, mais il dut la ramener.

Elle mourut d'entérite le 24 juin 1890.

Observation XLII. — Accès de mélancolie avec idées mystiques.

V..., Estelle-Joséphine, née le 11 août 1866. Entrée à l'Asile le 5 janvier 1886. Sortie le 16 octobre 1886.

Antécédents héréditaires. — Elle est fille de V..., Rosalie.

A la suite d'un refroidissement causé par la pluie au moment où elle était indisposée, ses règles ont cessé brusquement ; depuis ce moment elle parut bizarre, ne travailla plus, ne voulut plus rester chez ses parents.

A son entrée à l'Asile, elle était atteinte de lypémanie, avec idées mystiques, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Elle se croyait condamnée à l'enfer, voyait des flammes, entendait des voix, etc. Elle était très agitée, ne dormait pas, avait des cauchemars effrayants.

Ces symptômes s'amendèrent peu à peu, les hallucinations de l'ouïe disparurent les dernières.

Au bout de cinq mois elle put être envoyée en congé et rester chez elle.

Le 27 avril 1890 elle entre à l'Asile pour un second accès de lypémanie avec idées mystiques et de damnation. Elle ne dormait plus la nuit, allait toujours se confesser. Elle voulait se faire religieuse, mais craignait qu'on ne voulût pas la prendre.

Cet accès dura deux ans, et elle put être rendue à son frère au mois d'août 1892.

Observation XLIII. — Mégalomanie consécutive a une série d'accès d'excitation maniaque.

B..., François, né en 1838. Entré à l'Asile le 6 avril 1886 pour la quatrième fois.

Antécédents héréditaires. — Son père était berger et est mort, à 70 ans, de pneumonie. Sa mère était très arthritique et est morte d'une attaque d'apoplexie, et deux tantes maternelles ont été, vers l'âge de 20 ans atteintes de folie, suivie d'affaiblissement

intellectuel ; elles sont mortes vers l'âge de 70 ans. Un frère et une sœur aînés sont bien portants, étant des enfants normaux.

Il a eu deux fils morts, l'un à l'âge de 4 ans et demi, à la suite d'une maladie aiguë qui a durée 15 jours (fièvre typhoïde ou méningite) et l'autre de phtisie pulmonaire à 19 ans, et trois filles dont l'une est internée, l'autre très nerveuse et très bizarre et la troisième bien portante.

Antécédents personnels. — Il a fréquenté l'école communale dès l'âge de quatre ans, il apprenait assez mal et n'a jamais pu faire une division. A partir de douze ans il a été successivement domestique de ferme, apprenti teinturier et apprenti tisserand Il a toujours été d'un caractère très sombre. Des idées génitales apparurent chez lui de bonne heure ; avant douze ans les petites filles lui inspiraient des désirs, il commença à s'onaniser à 13 ans et se livra à ces pratiques tous les jours. Plus tard il nous dit avoir pratiqué la pédérastie active sur son frère qui couchait avec lui et, quand il fut marié, sur sa femme lorsqu'elle était indisposée. Il était toujours poursuivi par l'idée qu'il n'était pas *membré* comme un autre homme et il en avait honte.

En 1859 il se maria, à 22 ans, épousa une jeune fille de 21 ans ; il fut pris d'un accès d'excitation maniaque à 27 ans à la suite de mauvaises affaires consécutives à l'achat d'un débit de vin et du chagrin éprouvé par la mort de son enfant de 4 ans et demi. Il resta trois ans à Quatre-Mare ; il se rappelle avoir entendu la voix du marquis de B... qui lui disait de ne pas s'ennuyer, d'attendre. La nuit il a vu un voisin de lit sous la forme d'un démon avec une grande queue apparente sous les draps.

Sorti en 1869, il resta en liberté jusqu'en 1873, il travaille comme tisserand, il eut pendant cette période un garçon et deux filles.

En mai 1873, il fut ramené à l'asile d'Evreux en proie à un accès d'excitation maniaque. Evadé le 1er janvier 1874, il reste chez lui un an et revient très excité et manifestant des idées d'empoisonnement. Evadé en 1880 et ramené aussitôt, il obtient sa sortie en mai 1881.

Alors il se place comme domestique avec sa fille Philomène, âgée de 15 ans, il provoque du scandale en cherchant à avoir des rapports avec cette dernière et ils sont obligés de quitter leur place.

Revenu auprès de sa femme, il travaille irrégulièrement un jour, étant couché, il prend dans son lit sa petite fille de douze ans et cherche à la violer. Il prétend aujourd'hui que c'est elle

qui l'a provoqué. Quelques jours plus tard, étant employé comme garçon restaurateur, sa petite fille vient le voir et il se livre sur elle à une nouvelle tentative de viol.

Dénoncé par sa femme, il fut arrêté, conduit en prison et acquitté par le jury de Seine-et-Oise.

Il vécut à Paris deux ans dans différentes places, économisa même un peu d'argent avec lequel il acheta des montres qu'il voulut revendre à la campagne. Les affaires n'allant pas il fut repris d'un nouvel accès maniaque et ramené à l'Asile où il est encore.

A son entrée, 6 avril 1886, il manifeste des idées mystiques incohérentes. Il entend des voix qui lui parlent de Dieu, du démon, des esprits, de la séparation de l'âme d'avec le corps. Sous l'influence de ces hallucinations, il s'était excité et avait menacé sa sœur et son beau-frère, parce que, disait-il, ils se conduisaient mal, ne connaissaient pas la civilisation et ne savaient pas apprécier la vie morale.

Aujourd'hui, il a toujours des idées génitales, il se livre à l'onanisme, mais il a des vues plus élevées.

Il désire aller au Palais-Bourbon, accompagné de deux médecins, pour remplacer l'Empereur.

Il entend des voix qui parlent du ciel, ce sont des esprits qui voltigent et qui correspondent à des personnes. Il parle à ce qu'il y a de plus riche en fait d'esprits, empereur d'Allemagne, etc.

On lui dit de patienter, de ne pas céder.

Il croit en Dieu, l'impossible est Dieu ; lui est un peu impossible. Ses enfants ne sont pas de lui, bien que sa femme n'ait jamais eu une mauvaise conduite.

Il n'a éprouvé aucun plaisir à revoir sa fille qui est ici, il n'a pas redemandé à la voir, après une première visite.

Son teint est ictérique, il a du psoriasis des mains et des pieds. Sa verge est assez petite, et il a une hydrocèle vaginale qui fut ponctionnée.

Observation XLIV. — Crises d'excitation maniaque chez une jeune fille ayant des perversions de l'instinct génital.

B..., Philomène, née en 1866. Entrée à l'Asile, le 24 février 1894.

Antécédents héréditaires. — Fille du précédent.

Sa mère était fille naturelle d'une domestique et de son maître,

n'ayant aucune tare familiale nerveuse. Elle est d'une petite taille, d'une constitution faible, mais assez intelligente et laborieuse.

Antécédents particuliers. — Elle a été élevée en nourrice, puis mise en pension ; elle n'a jamais été intelligente et a toujours été d'un caractère bizarre.

Vers 7 à 8 ans, elle avait des idées amoureuses et essayait déjà d'avoir des rapports avec des petits garçons.

Elle est allée en apprentissage deux ans et demi, mais elle avait mauvaise tête et apprenait mal. Pendant ce temps (12 à 14 ans), elle s'amusait avec les organes génitaux d'un idiot qui était dans la maison.

Placée comme femme de chambre, vers 14 ans. elle a eu des rapports sexuels avec le valet de chambre, par simple curiosité, dit-elle, et elle n'aurait jamais recommencé depuis.

Vers 16 ans, placée avec son père, ce dernier aurait cherché à la violer. Elle est entrée à l'hôpital Saint-Germain comme infirmière, puis est restée deux ans à la maison du Sacré-Cœur comme aspirante. Elle raconte s'être livrée à l'onanisme.

Elle est venue six mois à la maison-mère comme novice et fut prise de sa première crise d'excitation maniaque avec idées génitales qui la fit séjourner sept mois à Saint-Yon.

En sortant, elle s'est placée à Saint-Germain comme domestique, puis est entrée dans l'ordre des Sœurs Marie-Auxiliatrice, à 21 ans, où elle fut successivement postulante, novice, professe pendant deux ans et demi. Elle était toujours poursuivie par des idées génitales et s'en confessait souvent.

Une deuxième crise d'excitation maniaque la fit entrer un mois à Charenton. Sortie, elle est entrée comme infirmière à l'hôpital Saint-Germain. Elle y est restée cinq ans et c'est là qu'elle a été prise de la troisième crise d'excitation maniaque. Conduite à Saint-Yon, elle fut amenée à l'Asile d'Evreux.

A son arrivée ici, elle était très calme, raisonnant bien, travaillant avec assiduité à la couture.

Sa mémoire est bien conservée. Elle se rappelle les dates des différents événements de sa vie et répond avec précision à toutes les questions.

Elle nous dit simplement que lorsqu'elle voit un homme elle pense immédiatement au rapprochement sexuel, et elle sent dans la poitrine une constriction et une sensation bizarres.

Bien conformée, au point de vue physique, elle présente cependant un strabisme convergent léger.

Observation XLV. — Démence consécutive a la manie chronique.

B..., François, né le 27 août 1818. Entré à l'Asile le 20 octobre 1871. Décédé le 14 mars 1887.

Il est entré à l'Asile en proie à de l'excitation maniaque, il avait des idées incohérentes de satisfaction et de grandeur.

Au bout de quelques années, il tombe dans la démence, mais reste excité, excentrique, prétentieux. Il travaillait régulièrement mais cherchait toujours à s'approprier ce qui ne lui appartenait pas.

La démence progressa, la mémoire disparut complètement, il répétait toujours la même phrase ; il succomba le 14 mai 1887 à la suite d'une pleuro-pneumonie.

Observation XLVI. — Idées hypochondriaques de courte durée.

B..., Denis-Jacques, né le 9 octobre 1863. Entré le 22 août 1885. Sorti le 31 juillet 1886.

Il aurait été réformé du service militaire pour hypochondrie. Entré à l'hospice de Nonencourt pour des douleurs dans l'hypochondre gauche, son état ne s'améliora pas et il dut être dirigé sur l'Asile.

A son entrée, il était pâle et amaigri ; il se nourrissait mal depuis longtemps et ne travaillait plus depuis cinq mois. Il se plaignait de ballonnement dans le ventre, de frissons dans le dos, de froideur dans les jambes : il avait des maux de cœur des envies d'uriner fréquentes, etc.

Il ne selivrait à aucune occupation et, de temps en temps, croyant sa dernière heure arrivée, il se couchait par terre en poussant des cris et en se livrant à des contorsions bizarres.

Au bout de six mois, les idées hypochondriaques s'amendèrent et lui permirent de travailler un peu.

Bien qu'il fût amélioré et tranquille on pouvait voir à des actes de violence fréquents combien son caractère était irritable.

Il sortit le 31 juillet 1886 notablement amélioré, et confié aux soins d'un parent.

Observation XLVII. — Démence maniaque.

D..., Vve Ch..., née le 5 mars 1808. Entrée le 4 décembre 1881, Décédée le 16 février 1891.

Elle fut amenée à l'Asile de l'hospice de Louviers où elle troublait le repos des salles par son humeur querelleuse et l'incohérence de ses paroles et de ses actes.

C'était une démente qui n'avait aucune conscience de sa situation et aucun souvenir des événements les plus importants et les plus récents. Elle avait, en outre, des idées hypochondriaques, prétendant que des vers lui rongeaient le corps. Elle était agitée, loquace, monologuait toute la journée et une grande partie de la nuit.

Elle succomba le 16 février 1891, à 83 ans.

Observation XLVIII. — Idées hypochondriaques de courte durée.

Ch..., Alexandre, né le 12 mars 1841. Entré le 11 février 1885. Sorti le 6 août 1885.

Il a été transféré de l'hospice de Louviers, où il avait été reçu à plusieurs reprises. Il était agité, répétait qu'il allait mourir, qu'il avait fait des pèlerinages pour sa santé et qu'il devait en faire d'autres.

A l'Asile il manifesta des idées hypochondriaques portant sur tous ses organes, sa vue s'affaiblissait, la tête, les reins lui faisaient mal, le sang se portait à la poitrine et l'empêchait de respirer, etc., etc.

Il se sentait incapable de tout effort musculaire et de tout travail.

Après six mois de traitement, il fut suffisamment amélioré pour sortir et reprendre ses occupations.

Observation XLIX. — Démence consécutive a de la manie chronique.

R..., Elise, fme H..., née en 1883. Entrée à l'Asile le 17 août 1868. Décédée le 11 avril 1878.

Son père était un homme violent et emporté. Elle eut une fille naturelle aujourd'hui à l'Asile, et de son mariage avec H..., alcoo-

lique chronique, en même temps en traitement à l'Asile, elle eut deux filles, dont l'une est morte à 5 mois et l'autre à 7 ans.

Au moment où elle était enceinte de sa première fille, elle aurait eu des accidents délirants qui l'auraient fait entrer à l'hospice de Bernay, en 1851.

A son entrée, R... présentait de l'excitation maniaque très intense, elle avait du délire des actes, était violente. Elle manifestait en même temps des idées de mort et d'empoisonnement.

L'excitation ne dura pas, mais revint par crises ; dans les intervalles elle travaillait. L'intelligence s'affaiblissait, elle devint incohérente, prétentieuse.

Le 11 avril 1878, elle succomba aux suites d'un catarrhe intestinal.

Observation XC. — Deux crises d'excitation maniaque de courte durée.

R..., Udivine-Paule, née le 28 février 1851. Entrée à l'Asile pour a deuxième fois en 1894.

Antécédents héréditaires. — Fille naturelle de R..., f^me H... ; deux oncles maternels sont bien portants.

Elle fut élevée par l'hospice d'Evreux. On la fit rester en nourrice jusqu'à douze ans, puis on la plaça comme domestique dans les fermes jusqu'à dix huit ans. A cet âge, elle entra au couvent des Bénédictines de Mantes, d'abord comme servante, puis comme novice. Elle ne put prononcer ses vœux malgré son grand désir, à cause de ses antécédents héréditaires et de sa santé délicate. A 21 ans, elle entre à l'Asile d'Evreux, présentant de l'excitation maniaque avec des idées mystiques, des hallucinations de l'ouïe et de la vue Elle voit la Sainte Vierge qui lui parle et lui dit de fonder un couvent.

Guérie au bout de trois mois de séjour, elle se retira chez une parente et se plaça comme domestique, elle resta 16 ans dans la même place et s'en retira avec des économies. A la suite d'une perte d'argent problématique, elle eut un accès de délire qui la fit entrer à l'hospice de Bernay le 7 mai 1892. Elle y resta travaillant comme infirmière. Elle s'excita, devint violente, on l'isola pendant deux mois, puis on la transfera à l'Asile.

A son entrée, elle paraissait très calme, elle présentait seulement de courtes périodes d'excitation pendant lesquelles, elle menaçait de frapper ; elle n'avait aucune conscience ni de ses actes ni de ses

paroles. Elle présentait en outre des conceptions délirantes multiples.

En dehors de ces périodes d'excitation, elle est très calme, elle travaille beaucoup. Elle se trouve très heureuse. Elle répond aux questions avec un peu de loquacité et de prétention. Sa mémoire est aussi bien conservée pour les dates que pour les faits. Au point de vue physique, elle est bien constituée. Sa face est irrégulière, le nez camard et fortement ensellé; les yeux sont trop écartés.

Observation L. — Manie chronique.

Y. , Catherine, f^me Ph..., née le 27 septembre 1825. Entrée à l'Asile le 19 septembre 1885. Décédée le 16 juin 1887.

Antécédents héréditaires. — Elle a eu deux fils. Son fils cadet, Ph... Mary, est interné, et son petit fils (fils aîné de son aîné) avait de très mauvais instincts ; il a du être placé à l'âge de 14 ans à la colonie des Douaires, à la suite de nombreux vols commis chez ses parents et chez les personnes chez lesquelles il était placé.

A l'âge de 40 ans, elle eut une fièvre typhoïde à la suite de laquelle elle eut beaucoup de maux de têie, et devint triste et jalouse.

A la suite de l'émotion causé par un vol de son petit-fils chez elle, elle s'en alla, parcourant la campagne en déclamant et en insultant les passants.

A son entrée elle était atteinte de manie aiguë, caractérisée par une agitation excessive, des hallucinations de la vue et de l'ouie, et une grande incohérence dans ses paroles et dans ses réponses.

Cette excitation devint chronique et dura jusqu'à sa mort qui survint au bout de deux ans, des suites d'une maladie de cœur.

Observation LI. — Démence consécutive a des idées hypochondriaques et de persécution.

Ph..., Mary-Aimable, né le 8 septembre 1848. Entré à l'Asile le 23 octobre 1874.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est entrée à l'Asile dix ans après lui.

Dans son enfance, il avait toujours été d'un caractère turbulent et indisciplinable. Il apprenait avec difficulté.

Plus tard il fit de nombreux excès vénériens et alcooliques.

A son entree il était atteint de lypémanie alcoolique. Il manifesta pendant longtemps encore des idées de persécution, des craintes d'empoisonnement.

Il était resté très halluciné, il s'excitait à la moindre occasion.

Il a toujours travaillé plus ou moins irrégulièrement, s'excitant par intervalle et proférant des menaces.

Aujourd'hui il est en démence : il nous dit qu'il est à l'Asile depuis 3 ans, que nous sommes en 1874, etc. Quand on lui demande pourquoi il vient de menacer « de casser la gueule », il nous répond que c'est l'esprit du froid qui parle, et non pas lui : il n'est qu'un écho.

Il travaille bien.

Observation LII. — Démence organique.

G..., Eugénie, 43 ans. Entrée le 20 août 1868, décédée le 21 janvier 1878.

Entrée à l'Asile du Bon-Sauveur le 21 décembre 1861.

Le 19 août 1868 transférée de l'Asile du Bon-Sauveur de Caen le Dr Faucon du Quesnay, dans son certificat, dit qu'elle est atteinte d'épilepsie, qu'elle est grossière en ses propos et qu'elle travaille peu au ménage.

Les renseignements administratifs nous apprennent que son père avait 45 ans au moment de sa naissance et sa mère 36, qu'ils étaient dans la plus grande indigence. Le père en outre était goutteux, sa mère fut toujours malade au moment où elle était grosse d'elle. Elle a été élevée pauvrement, elle a eu la petite vérole dans son enfance. Elle travaillait assidûment. Elle a eu deux enfants naturels dont l'un a été reconnu et adopté par le père, et l'autre, Auguste, est en ce moment à l'Asile d'Evreux.

Son caractère avait toujours été sombre, mais vers 1859, elle fut prise de grands maux de tête, elle fuyait la présence du monde et se cachait dans la campagne. Elle ne voulait plus voir son enfant qu'elle aimait beaucoup autrefois, elle avait une tendance à briser et à déchirer les affaires.

Après un séjour de huit ans à l'asile de Caen, elle fut transférée à l'Asile d'Evreux.

En 1868, on la signale comme hémiplégique gauche, le certificat du Dr Vedie constate qu'elle est atteinte de manie chronique. Elle entend des voix qui lui parlaient. Elle cause seule d'une façon incohérente tout en travaillant. Elle s'occupe régulièrement, mais de temps en temps s'excite et devient violente.

Son état reste le même avec des intervalles d'excitation et de calme jusqu'en 1875. L'excitation s'accompagne ordinairement d'un état gastrique prononcé.

En 1876 elle devient paraplégique à la suite d'une congestion cérébrale (Dr Homery). Elle tombe dans la démence et dans le gâtisme. Elle succombe le 21 janvier 1878 à une nouvelle attaque d'apoplexie.

OBSERVATION LIII. — DÉBILITÉ MENTALE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION ET DE GRANDEUR.

G..., Auguste, né le 19 mai 1852. Entré le 11 juillet 1892.

Antécédents héréditaires. — Fils de la précédente et d'un lieutenant de douanes.

Il est atteint de débilité mentale avec idées mystiques de persécution et de grandeur. Il est le représentant de Dieu sur la terre, il veut faire le bonheur de tout le monde. Sa femme l'a trompé de tout temps et, d'accord avec ses amants, l'a fait interner afin de le rendre malade. On le martyrise ici, comme sa femme l'a toujours martyrisé. Il ne veut du reste pas voir cette dernière et ne veut même pas qu'on lui en parle. Il lui écrit des lettres menaçantes avec cette adresse : Madame G..., femme d'inconduite et de mauvaise vie. Il est d'un caractère très irritable il travaille, irrégulièrement. Son visage est irrégulier, son crâne pointu.

Il est de taille et de corpulence moyenne, ses jambes sont arquées.

OBSERVATION LIV. — PARALYSIE GÉNÉRANE A FORME RÉMITTENTE.

B..., Maxime, 36 ans. Entré à l'Asile le 20 août 1885.

Antécédents héréditaires. — Père suicidé, mère bizarre. Il a un enfant âgé de 17 ans qui est interné à l'Asile.

La santé de B..., jusqu'alors assez bonne, a commencé à s'altérer en 1876, à la suite d'hémoptysies qui ont duré 18 mois environ, reparaissant à des intervalles plus ou moins longs. Les troubles de la mémoire ont apparu chez lui au mois de janvier 1885. Comptable dans une usine, il oubliait le travail qu'on lui demandait. Au mois de mai, s'est manifesté le délire des grandeurs. Très irritable, il devenait menaçant lorsqu'on le contrariait.

A son entrée à l'Asile, on constate qu'il est atteint de paralysie

générale, caractérisée par de l'amnésie, du délire ambitieux, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire.

Le 25 octobre, il est arrivé à la dernière période de la paralysie générale et il sort sur la demande de sa femme qui désire l'avoir chez elle.

Il rentre le 14 février 1886 dans le même état. Le 5 octobre 1891, il tombe paralysé du côté droit. Il conserve sa sensibilité. Sa pupille droite est plus large que la gauche. Il a de la contracture du côté droit; ses doigts sont fléchis dans la paume de la main. Il comprend un peu ce qu'on lui dit, mais est incapable de parler.

Observation LV. — Folie morale.

B..., Paul-Arsène, 16 ans, né le 8 avril 1878. Entré à l'Asile le 30 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Fils de B..., Maxime. Grand'mère paternelle bizarre. Son grand'père paternel a été trouvé noyé dans une mare.

Il n'a jamais eu de maladies, si l'on excepte la rougeole qu'il a eue à Paris. Il a été à l'école jusqu'à douze ans. Son maître disait à ce moment qu'il n'avait pas toutes ses facultés bien qu'il eût plusieurs prix et qu'il eût obtenu facilement son certificat d'études.

Déjà à l'école, il s'était échappé deux fois à la suite d'observations qu'on lui avait faites.

Il s'est placé à 12 ans, comme petit clerc, chez un greffier où il était arrivé à gagner 50 fr. par mois. Après un refus d'obéissance à un commis-greffier, ce dernier lui ayant donné un coup de règle, il riposta en lui lançant une chaise à la tête et ne voulut plus revenir au bureau.

Placé chez un boucher, suivant son désir, au bout du 4 mois, il refuse de travailler.

Un jour que sa mère l'avait battu à la suite d'une désobéissance, il la menaça de la giffler. C'est à cette époque qu'il parla de se jeter à l'eau.

Il insultait tout le monde, prenait plaisir à martyriser les animaux et sourit encore lorsqu'on lui rappelle cela.

Il est irascible et convient que lorsqu'il est en colère, il ne sait plus ce qu'il fait et frappe plus qu'il ne voudrait.

Pas d'habitudes d'onanisme avérées, ni de perversion sexuelle.

Devant nous, il a une attitude convenable. Il pleure quand on lui parle de la peine qu'il a faite à sa mère, mais il lui garde rancune et refuse de lui écrire.

Au point de vue physique, son buste manque de proportion avec ses jambes qui sont trop grandes. Taille 1 mètre 55. Il a les yeux très gros. La voûte palatine est ogivale. Sa figure, comme tout le reste de son corps est absolument dénuée de poils, malgré ses 16 ans accomplis. Son crâne est bien conformé.

Depuis son entrée à l'Asile, il ne s'est livré à aucun acte de violence ; son intelligence n'est pas développée. Il est irritable, très entêté et a des idées très enfantines : il voudrait jouer continuellement avec les autres malades qu'il aime à taquiner.

Observation LVI. — Démence maniaque.

Vve D..., née M..., Léonie, née le 8 septembre 1837. Entrée à l'Asile le 21 juillet 1887.

Nous n'avons pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Elle a été élevée très durement et à commencé à travailler à 16 ans. Sur 16 enfants qu'elle a eus, 12 sont morts jeunes. Elle a fait plusieurs fausses couches, et plusieurs de ses accouchements ont été difficiles. Elle a eu la fièvre thyphoïde à 25 ans.

Très laborieuse et d'un caractère gai, elle a eu des contrariétés avec son mari, à la suite se serait livrée à la débauche.

Deux mois avant son entrée à l'Asile a commencé à se manifester l'affaiblissement de ses facultés. Elle cherchait toujours à fuir de chez elle. Une fois même, elle est restée onze jours absente.

A l'Asile, on constate qu'elle est atteinte de démence avec incohérence dans les idées, et perte de la mémoire. Elle n'a notion ni du temps, ni de l'endroit où elle se trouve. Par intervalle elle s'excitait.

Elle est morte, le 20 décembre 1890, de congestion pulmonaire.

Observation LVIII. — Folie morale.

D.... Marie-Louise, née le 11 février 1877. Entrée à l'Asile le 28 juillet 1893.

Antécédents héreditaires. — Elle est fille de D..., Louise. Son père, d'un caractère emporté et irritable, se livrait à l'alcoolisme et est mort d'une maladie de poitrine. Son frère est soldat en ce moment. Il a été jusqu'à 20 ans à la colonie des Douaires. Une de ses sœurs a 37 ans, est prostituée et a eu trois enfants dont deux sont vivants. Son autre sœur a 29 ans et a eu dix enfants dont trois seulement vivent actuellement.

Elevée au biberon par sa mère qui n'avait pas grand soin d'elle, D... a été mise à l'hospice à trois ans. Là, elle a appris à lire et à compter, à travaillé à la couture, mais sans aucun goût. Elle est d'un caractère sournois et bizarre. Depuis l'âge de 12 ans, elle a paru vicieuse : elle avait une tenue « lascive » et des habitudes d'onanisme. Ses règles sont apparues à 15 ans. A cette époque elle quitte l'hospice et se place comme bonne, fait six places en 18 mois. Dans l'intervalle elle s'était retirée chez sa sœur et, là, se serait livrée à la prostitution. Elle poursuivait de ses propositions les enfants qui sortaient des écoles. Enfin, elle a été prise en flagrant délit d'attentat à la pudeur avec un jeune homme de 20 ans sur un banc du boulevard de la ville. Elle fut condamnée à un mois de prison. A la suite de cette condamnation elle tente de se jeter à l'eau dans un lavoir très fréquenté. Elle a ensuite deux attaques convulsives avec cris et gestes désordonnés, la première d'une durée d'une nuit, la seconde de deux jours. C'est à la suite de ces crises qu'elle a été réintégrée à l'hospice, puis envoyée à l'Asile.

M... ne présente aucun trouble intellectuel, elle est d'un caractère sournois et difficile. Elle est très émotive, très irascible, et lorsqu'elle est en colère elle n'a plus aucune retenue Elle est très coquette et s'habille avec prétention. Elle travaille cependant régulièrement. Elle est de petite taille, assez bien conformée, elle n'a d'autre stigmate physique, qu'un léger strabisme.

Observation LVIX. — Mélancolie anxieuse. — Hérédité paternelle.

L..., P..., né le 26 janvier 1829, jardinier, est entré à l'asile le 15 mai 1880 et il y a succombé le 14 avril 1890.

Père mort à 76 ans; démence morale à la suite du vol par les Prussiens en 1815, de tout ce qu'il possédait (aboulie).

Grand-mère suicidée en se jetant à l'eau.

Frère ayant été atteint de deux accès de mélancolie, vivant encore ; il a une fille et un garçon assez intelligents. La fille a des idées mystiques exagérées et le garçon un caractère bizarre et extravagant.

Sœur de son père sombre, très irritable, d'un caractère difficile, morte d'un cancer de la vessie.

Trois filles ; la première morte de méningite à 1 an ; la seconde âgée de 27 ans, hystéro-épileptique, mariée depuis 7 ans, mère de deux enfants, dont un garçon mort au bout d'un an et d'une fille

âgée d'un mois; la troisième âgée de 14 ans, d'une faible constitution, très nerveuse.

Fils atteint de folie morale.

L... présente depuis plusieurs mois de la mélancolie anxieuse, produite par un manque de récolte et un incendie de sa maison. Il reste couché et a voulu s'asphyxier avec du charbon. Depuis 11 ans il a eu plusieurs accès de folie semblables mais beaucoup moins intense et dont la durée a été d'environ trois mois.

A son entrée à l'établissement il nous dit qu'il est perdu, ruiné et répond en sanglotant aux questions que nous lui adressons. On l'accuse de crimes qu'il ignore, proteste de son innocence; les gendarmes vont venir le chercher pour l'emmener à Cayenne, il entend la voiture cellulaire. Il nous supplie qu'on le laisse sortir pour lui permettre d'aller se justifier des crimes qu'on lui reproche.

1er janvier 1881. — Les idées délirantes sont moins marquées mais il reste plongé dans un état de demi-stupeur et refuse de travailler.

1er janvier 1882. — Il travaille un peu, répond difficilement aux questions qu'on lui adresse et est absorbé par ses idées de persécution avec hallucination de l'ouïe.

En 1889, on constate une insuffisance mitrale, et il meurt d'une pleuro-pneumonie du coté droit le 14 avril 1890.

Autopsie 45 heures après la mort.

Poids de l'encéphale :

Hémisphère droit	483 gr.
— gauche	487
Cervelet	142
Protubérance	14
Bulbe	7
Total	1.133

Poids du cœur : 312 gr.

Les os du crâne ont les sutures de la voute ossifiées complètement à la face interne, incomplètement à la face externe. Pas de lésions de l'encéphale, si ce n'est peut-être un peu d'opalescence des membranes viscérales du cerveau au niveau de la région motrice et une légère atrophie des circonvolutions de cette région.

Pleurésie purulente du çôté droit. Fausses membranes recouvrant presque tout le poumon.

Hépatisation grisâtre du lobe inférieur du poumon.

Athérôme léger de la face interne de l'aorte.

Noyau crétacé du volume d'un pois à la base de la valvule mitrale dont le tissu fibreux est plus développé qu'à l'état normal.

Observation LX. — Folie morale. — Hérédité très chargée.

L..., né en août 1872, est entré à l'asile en juin 1889 et en est sorti en septembre de la même année.

Hérédité paternelle: Fils de L..., P.

Sa mère, laborieuse et assez intelligente, est hystéro-épileptique depuis la mort de son premier enfant.

Il est d'une taille peu élevée, d'une faible constitution, sujet à la céphalagie. Il a toujours été d'un caractère sombre, jaloux très irritable, ne pouvant supporter aucune réprimande. Il aime à frapper, à torturer les animaux, se livre pour le plus léger motif à des actes de violence envers sa jeune sœur dont il est excessivement jaloux et contre laquelle il a une haine violente. Il a volé plusieurs fois sa mère. Il entre parfois dans des accès de violence à la moindre contrariété, brisant les meubles, tout ce qui se trouve à sa portée.

Son admission à l'Asile fut provoquée par une scène de fureur, pendant laquelle il se promenait dans la rue, armé d'une masse et d'une fourche, menaçant de tuer sa sœur et d'autres personnes. Cette exaltation se dissipa quelques heures après son entrée et il l'attribua à un litre de vin qu'il aurait bu.

Tout le temps qu'il resta dans l'établissement, il fut calme, tranquille et sa mère le retira sur ses demandes réitérées.

Il est atteint de perversité morale très marquée avec une légère faiblesse intellectuelle sans idées délirantes.

Juillet 1894. — Depuis qu'il est sorti de l'asile, sa sœur a continué à être en butte à ses mauvais traitements; il a continué à injurier, à voler sa mère qui a cherché à le faire replacer à l'établissement plusieurs fois, mais comme il ne présente pas de troubles intellectuels notables, elle n'a pu y parvenir. Il est, du reste, très sobre, très intéressé et travaille assez bien quand on lui donne chaque jour de l'argent qu'il place à la caisse d'épargne.

OBSERVATION LXI. — DÉMENCE AVEC IDÉE DE PERSÉCUTION ET DE GRANDEUR.

H..., Hortense, fme L., née le 15 avril 1822. Entrée la première fois à l'asile le 14 octobre 1873.

On constate chez elle un affaiblissement de l'intelligence. Elle faisait des excès alcooliques.

L'amélioration se produisit rapidement et le 8 septembre 1874 elle sort guérie.

Elle rentre le 8 mai 1881 étant malade depuis 8 mois. Elle est incohérente, a des idées de persécution et de grandeur. Elle est souveraine de l'univers et on lui a dérobé ses titres. Elle a des hallucinations de l'ouïe; ses pupilles sont contractées. Elle n'a pas d'embarras de la parole.

Le 9 février 1888, il se déclare chez elle une hémorrhagie cérébrale suivie d'hémiplégie gauche.

Le 7 mai 1888 elle meurt.

OBSERVATION. LXI — PARALYSIE GÉNÉRALE A MARCHE SURAIGUE.

L..., Edmond, né le 21 novembre 1864. Entré à l'Asile le 5 juillet 1896.

Antécédents héréditaires. — Il est fils de H..., Hortense, femme L..., morte à l'Asile. Il a été nourri par sa mère et élevé très difficilement.

L... a été traité pendant quelques mois pour albuminurie. Il n'a pas fait d'autres maladies. Depuis quelques années, il manifestait des idées bizarres. Le jour de la mort de sa mère il a dit que lui aussi mourrait dans un asile.

Huit jours avant son entrée il commença à s'exciter, et paraissait inquiet, disait qu'il voyait son capitaine devant lui, il faisait des commandements militaires. Il avait aussi de grandes frayeurs, s'accusait d'être l'assassin de M. Carnot; puis il tomba dans une sorte de stupeur et ne parlait plus.

A son entrée à l'Asile, il était très agité, très incohérent dans ses paroles. Il avait de la fièvre, sa langue était sèche; il demandait toujours à boire et prenait 4 litres de lait et 2 pots de tisane par jour.

Il succomba 4 jours après son entrée.

L'autopsie révéla l'injection des os du crâne l'epaississement

des méninges et des adhérences assez limitées ; pas de granulations de l'épendyme des ventricules, l'existence d'un caillot noirâtre dans la fosse temporo-sphénoïdale droite.

Hérédité ancestrale ou atavique

Nous avons aussi recueilli des observations d'hérédité ancestrale et cherché les transformations d'aliénation mentale dans toute une famille.

Dans l'observation 18, nous avons déja vu le grand-père D...Jean, dément, avoir pour enfants D... Guillaume (obs. 19) imbécile et D..., Alphonsine (obs. 20) également imbécile et pour petit-fils D..., Auguste (obs. 21) idiot. De même la f^me^ C... (obs. 30) a pour petites filles Armandine et Angélina L... (obs. 31 et 32) l'une idiote et l'autre idiote épileptique.

L... (obs. 59) mélancolique anxieux, a sa grand'mère qui s'est suicidée, son père qui a été atteint de démence morale, son frère atteint de mélancolie anxieuse, une fille morte de méningite, une seconde fille hystéro-épileptique et enfin un fils (obs. 60) atteint de folie morale.

Mais de toutes ces observations la plus intéressante est celle de la famille G... (obs. 63 et suivantes) dont nous avons eu quatre membres à l'Asile.

La grand'mère, f^me^ G..., était épileptique ; elle eut huit enfants. Cinq sont morts de maladies accidentelles. Sa fille V. L..., d'un caractère vif et emporté, est morte sans enfants. Son fils Léon quatre filles dont trois ont été internées et la quatrième est femme galante. Son autre fils, Joseph, alcoolique, mort d'un cancer du pylore, marié à une femme goutteuse et dipsomane,a eu deux fils, G..., Auguste, mort d'un cancer et G..., Achille dipsomane chronique qui fait l'objet de l'observation 63.

G..., Achille se marie avec G..., Elvina, sa cousine germaine, et n'a pas d'enfants.

G... Achille est entré pour la quatrième fois à l'Asile en 1887. C'est un dipsomane ayant présenté autrefois des troubles épileptiformes. Il présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

Ses trois cousines germaines sont, au contraire, très bien constituées.

G..., Elvina (obs. 64), mariée à G..., Achille a eu deux accès, le premier d'excitation maniaque qui fut de courte durée, le second de mélancolie avec stupeur au cours duquel elle succomba.

G..., Pauline (obs. 65), à l'âge de 19 ans, séjourna trois mois à l'Asile; elle présentait des alternatives de dépression et d'excitation.

G..., Louise (obs. 66), à 23 ans, commmença à donner des signes de dérangement cérébral. A 33 ans elle fut amenée à l'Asile en proie à un accès de mélancolie avec idées de suicide. Aujourd'hui, elle est en démence.

Chez G..., Achille, la transmission héréditaire a été directe et similaire, tandis qu'elle a été dissemblable et atavique chez ses cousines germaines.

Observations LXIII. — Dipsomanie héréditaire.

G..., Achille, né le 13 août 1850. Entré le 7 avril 1887 pour la quatrième fois.

Antécédents héréditaires : Grand-mère paternelle épileptique, père alcoolique, mort de cancer de l'estomac; frère, mort de cancer de l'estomac ; mère dipsomane ; un oncle maternel, infirme ; trois cousines germaines, aliénées du côté paternel ; une cousine germaine prostituée.

Antécédents personnels : Il a eu une enfance maladive, convulsions, fièvres éruptives. Vers l'âge de 7 ans, dit-il, à la suite d'une maladie il a eu du strabisme interne de l'œil droit.

Il a commencé à travailler avec les maçons dès l'âge de dix ans, il a acquis lui-même, en suivant les cours du soir, une instruction suffisante.

De très bonne heure il a commencé à faire des excès de boissons alcooliques, il lui en fallait très peu pour le griser.

Il a toujours eu une peur morbide de la vue du sang. Enfant, il s'est trouvé mal en voyant le sang s'échapper d'une coupure sans gravité, qu'il s'était faite. En 1870, il a fait la campagne dans les chasseurs à pied, fut nommé caporal, et finit ses cinq ans. Déjà, ses habitudes d'intempérance lui valurent de nombreuses punitions.

Après sa sortie du régiment, il alla travailler à Paris comme maçon. C'était un bon ouvrier qui gagnait jusqu'à dix francs par jour. Il revint en 1880 à Évreux, toucha une dizaine de mille francs de l'héritage de sa mère, et se maria avec sa cousine germaine Elvina. Il voulut construire une maison à ses frais, perdit beaucoup d'argent, eut des ennuis et se mit à boire encore plus. Il prenait surtout de l'eau de vie et de l'absinthe.

Le *20 janvier 1884*, il entre à l'Asile d'Évreux en proie au délire alcoolique, caractérisé par des idées de persécution, des hallucinations de la vue, et de la sensibilité générale, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, du tremblement généralisé; l'intelligence paraissait affaiblie.

Le 19 février 1884, il sort très amélioré.

Le *18 décembre 1884*, il rentre en proie à une nouvelle crise. Il est agité, halluciné, une fièvre intérieure, dit-il, l'empêche de travailler.

Le 29 juin 1885, il sort.

Le *6 juillet 1885*, il demande de lui-même à rentrer ; il n'a pas assez de force pour résister à l'attrait de la boisson. Il n'a pas pu travailler depuis sa sortie, et s'est enivré dès le lendemain, et n'a pas cessé depuis. Le 4 juillet 1886, il sort après avoir fait les plus grandes promesses de ne plus boire, il reste cinq mois tranquille. Au mois de décembre, il va à Paris pour travailler comme maçon ; à son arrivée, il est pris d'un accès de delirium tremens il fut arrêté et conduit à l'asile de Vaucluse, d'où il fut transféré à l'asile d'Évreux le *4 avril 1887*.

Le certificat du Dr Bigot de Vaucluse, outre l'alcoolisme chronique, relate des vertiges épileptiques.

Depuis ce moment, G... est à l'Asile, où il travaille régulièrement et avec beaucoup d'intelligence comme maçon ; mais très souvent il parvient à se griser en se procurant des boissons alcooliques, on ne sait par quel moyen.

Il nous a répondu plusieurs fois, quand nous lui faisions des observations sur ses habitudes d'intempérance, qu'il était atteint de dipsomanie héréditaire incurable, que son père et sa mère buvaient comme lui, et qu'il lui était impossible de se corriger.

Examen direct. — C'est un homme d'une taille et d'une corpulence au-dessus de la moyenne. Il est fort et adroit dans son métier. Il présente un tremblement des doigts ; la motilité, du reste, ne présente rien d'anormal. La sensibilité est plutôt exaltée.

Les reflexes patellaires sont conservés.

La face est aplatie, le diamètre est très développé, il existe un fort prognathisme de la mâchoire inférieure. Les dents de la mâchoire supérieure manquent pour la plupart aujourd'hui, celles qui restent sont mal implantées, la canine droite a poussé par dessus l'incisive (?).

La voûte palatine est très anormale ; elle présente une gouttière médiane antéro-postérieure, occupant toute sa longueur : elle a deux centimètres de largeur et un centimètre de profondeur. Les deux rebords de cette gouttière ont un centimètre de largeur en dehors des arcades dentaires.

L'intelligence est moyenne, la mémoire bien conservée, le caractère est très susceptible et prétentieux.

Dernièrement, après s'être livré à des excès de boissons G... a fait une fugue de 24 heures, pendant laquelle il a perdu un instrument de musique et différentes parties de son costume. Il prétend n'avoir conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant ce laps de temps.

Obsetvation LXIV. — Accès de mélancolie anxieuse survenue 12 ans après une crise d'excitation maniaque

G.., Elvina, fme G. née en 1850

A la fois la cousine germaine et la femme de G.., Achille, elle est entrée deux fois à l'Asile d'Evreux. La première fois elle fit un court séjour d'un mois à l'âge de 18 ans (20 décembre 1868-19 janvier 1869). Elle était atteinte de manie aiguë, caractérisée par une grande surexcitation cérébrale consécutive à des soins donnés à sa sœur Pauline atteinte d'un phlegmon à la jambe et qui entrait à l'asile en même temps qu'elle.

Mariée en 1880, le 1er février 1885 son mari étant interné, elle est ramenée à l'Asile, atteinte de lypémanie avec idée de suicide.

Le jour de son entrée elle tente de se briser la tête contre les murs de sa cellule, afin, dit-elle, d'empêcher la guerre et de sauver la République. Elle présentait aussi quelques idées d'empoisonnement.

Elle tomba bientôt dans la stupeur, ne répond plus aux questions ; en mars et avril 1885, elle refuse les aliments, et elle succombe en mai 1885. Son mari nous dit, qu'elle était d'un caractère difficile et emporté et qu'elle avait facilement des attaques de nerfs quand elle était contrariée.

Observation LXV. — Excitation maniaque avec idées mélancoliques

G..., Pauline, née en 1853, morte vers 1870, sœur de la précédente.

Elle est entrée à l'Asile d'Evreux le 20 décembre 1868 et en est sortie le 21 mai 1869.

Elle était atteinte d'une lypémanie consécutive à un phlegmon de la cuisse. Ce phlegmon était d'origine osseuse.

Le trouble cérébral se manifestait par une grande tristesse avec pleurs, cris, à laquelle succèdaient parfois des éclats de rire et des éclairs de raison.

Sortie de l'Asile, guérie de sa maladie mentale et très améliorée au point de vue de la lésion osseuse, elle mourut quelque temps après.

Observation LXVI. — Mélancolie anxieuse suivie de démence.

G..., Louise-Elisabeth, née en 1857.

Sœur de la précédente.

Un fils mort en bas âge.

Sa mère étant enceinte a eu deux émotions violentes, néanmoins l'accouchement s'est fait sans difficulté.

Elevée au biberon, elle s'est bien développée, elle a eu cependant des convulsions. D'un caractère gai et vif, elle apprenait avec facilité.

Elle a été réglée à 14 ans et réguliérement.

A l'âge de 23 ans, elle était enceinte, lorsque son amant l'abandonna, son fils mourut, et elle en conçut un grand chagrin.

Depuis ce momnet elle donne des signes de dérangement cérébral; elle resta deux ans enfermée chez elle et proférait des menaces de mort contre ses parents.

A 31 ans elle fit une tentative de suicide, elle se trancha la partie antérieure du cou jusqu'à la trachée avec un rasoir. Pour cette blessure elle fut conduite à l'hôpital, où le chirurgien constate qu'elle est atteinte de manie incohérente avec idées de suicide. Son intelligence est affaiblie, et elle est incapable d'indiquer les motifs qui l'ont poussée au suicide. Depuis la démence et l'incohérence n'ont fait qu'augmenter. Elle ne peut dire ni son âge, ni la date de son entrée. Elle a cherché deux fois à s'évader. Elle travaille irrégulièrement.

Elle s'excite parfois, surtout au moment où on change les costumes.

Observation LXVII.

G...., Lucie.

Très jolie et bien constituée, vivant à Paris de la haute prostitution.

Hérédité collatérale (Frères et sœurs).

Dans cette dernière partie nous avons étudié les formes d'aliénation mentale chez les frères et sœurs. Nous nous sommes encore bornés aux observations de malades ayant séjourné à l'Asile et que, pour la plupart, nous avons connu.

Le plus souvent, l'hérédité nous a échappé, sans doute par manque de renseignements assez précis et remontant assez haut. Cependant ces observations nous ont paru intéressantes et nous avons été frappés de la fréquence avec laquelle la même forme de dégénérescence ou de folie s'est développée chez des sœurs ou des frères. Il semble bien que le cerveau de ces individus soit préparé à réagir de la même façon par une influence atavique,

Douze fois nous trouvons des frères et sœurs atteints de la même forme d'aliénation mentale. C'est quatre fois l'idiotie ou l'imbécillité, trois fois la mélancolie anxieuse, puis viennent la folie intermittente, la paralysie générale, l'épilepsie, la débilité morale et intellectuelle et enfin la démence consécutive à des idées de persécution que nous trouvons chacune une fois chez nos malades frères ou sœurs.

Deux autres fois seulement la folie s'est manifestée d'une façon dissemblable.

Parmi les idiots se trouvent : D..., Guillaume (obs. 19) et D..., Alphonsine (obs. 20), tous deux imbéciles. L..., Angélina et Armandine (obs. 31 et 32) toutes deux idiotes que nous avons déja étudiés.

M..., Paul (obs. 68), imbécile, est le frère de M..., Ernestine (obs. 69) idiote profonde. Les antécédents héréditaires sont muets. Mais le fait de la naissance avant terme de trois enfants et de la mort d'un 4e de convulsions à 5 mois indique suffisam-

ment une prédisposition morbide de la part des générateurs, bien que quatre autres enfants soient bien portants.

R..., Marie et R.., Julia (obs. 70 et 71) sont filles de parents intempérants. Toutes deux sont dans l'imbécillité la plus complète.

La mélancolie anxieuse s'est montrée trois fois chez des sœurs.

L... Vve Ma... (obs. 72) eut, à 51 ans, un accès de mélancolie anxieuse. Sa sœur L..., f^me^ Ch. (obs. 73) eu, à 56 ans, un accès de même forme. Toutes deux eurent des idées de suicide à dix ans d'intervalle et toutes deux ont présenté un commencement de dédoublement de la personnalité : elles se sont plaint de ressentir en elles le combat du bien et du mal. Nous n'avons pas de renseignements précis sur leurs antécédents héréditaires.

Th...,f^me^ B... (obs. 74) eut, en 1884, un accès de mélancolie qui dura six mois. Sa sœur Th..., f^me^ D... (obs. 75) est entrée cette année à l'Asile atteinte du même délire.

C..., f^me^ T... (obs. 76) a eu 7 accès d'excitation maniaque, de 1871 à 1892. Sa sœur C... f^me^ L... (obs. 77) n'a été internée qu'à deux reprises pour des accès du même genre. Depuis 1885, date de sa dernière entrée, les périodes de calme ont été beaucoup trop courtes pour lui permettre de sortir. Aucun antécédent héréditaire ne nous est connu.

M..., f^me^ L... (obs. 78) est devenue paralytique générale à 45 ans et est, en ce moment, dans la dernière période de sa maladie. Son frère, M..., Ernest (obs. 79) fut atteint de la même maladie à 37 ans et est mort au bout d'un an. Nous n'avons trouvé dans la famille aucun antécédent nerveux. Aucun d'eux n'avait eu la syphilis d'après les renseignements, mais tous deux avaient été très malheureux en ménage et avaient eu à supporter beaucoup de souffrances morales.

L..., Alphonse (obs. 80), épileptique, mort des suites de la violence et de la fréquence de ses attaques est le frère de L..., Léontine (obs. 81) dont les attaques convulsives avaient d'abord revêtu les caractères de l'épilepsie et qui, sous l'influence de l'hypnose, ont disparu pour être remplacées par des migraines. Dans cette famille, un oncle maternel et une autre sœur étaient épileptiques. Le père et la mère sont d'une moralité et d'une tempérance au moins douteuses.

Les deux frères B..., Alfred et B..., Edouard (obs. 82 et 83) sont deux débiles intellectuels et manquaient complètement de sens moral. L'un a eu des idées de persécution. Leur père était un inventeur et aimait beaucoup à changer de profession.

H..., Rosine (obs. 84) et H..., Désiré (obs. 85) sont en démence, la première depuis l'âge de 32 ans et le second depuis l'âge de 35 ans environ, après avoir été l'un et l'autre alternativement excités et déprimés.

Dans les deux observations qui nous restent l'aliénation mentale a affecté des formes différentes chez des frères et sœurs.

D..., Marie (obs. 86) était une imbécile manquant complètement de sens moral. Sa sœur D..., Delphine (obs. 87), de 5 ans plus jeune, d'une intelligence moyenne présente des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe depuis 16 ans. Un oncle maternel a été interné à l'asile de Quatre-Mares.

V..., Louis (obs. 88) est en démence depuis l'âge de 20 ans. Sa sœur V..., Césarine (obs, 89), plus jeune que lui de huit ans était d'une intelligence ordinaire mais d'un caractère d'une grande mobilité. Depuis l'âge de 27 ans, à la suite de la rupture d'un projet de mariage, elle est devenue excitée, mystique et elle présente aujourd'hui des idées de persécution.

Observation LXVIII. — Imbécillité et Alcoolisme.

M..., Paul-André, né le 15 février 1854. Entré le 16 mars 1884. Décédé le 26 juin 1892.

Antécédents héréditaires. Aucun parent direct ni collatéral n'a eu de maladies nerveuses.

La mère a eu onze enfants dont six sont morts et deux internés à l'Asile, Paul le 3e et Ernestine la 10e.

Le 1er est mort de convulsions à 5 mois.

Le 2e, né avant terme, à 7 mois, n'a vécu que douze jours.

Le 4e et le 5e vinrent également avant terme.

La 6e, âgée de 32 ans, est mariée et a 5 enfants bien portants.

La 7e, âgée de 28 ans, est bien portante quoiqu'un peu nerveuse.

La 8e a 26 ans, est mariée et a une nfant bien portant.

La 9e est morte du croup.

La 11e, qui nous est présentée, a 18 ans et paraît bien développée et intelligente.

Paul M... s'était bien développé jusqu'à l'âge de 20 ans, sauf une légère courbure de la colonne vertébrale. Il travaillait bien de son métier de charpentier ; à 20 ans il attrapa un coup de soleil (?) qui lui fit perdre tous les cheveux. Depuis ce moment son intelligence fut troublée, il ne travailla et se livra sans retenue à la boisson. Les camarades s'amusaient de lui et le poussaient à boire. A plusieurs reprises il menaça et frappa sa mère, il tenta un jour de tuer son père.

Il était atteint de débilité intellectuelle et sous l'influence d'excès de boisson, il s'est excité et a voulu tuer son père.

A son entrée il est déprimé et ne parle à personne, il passe son temps à tourner autour de la cour en sautant. Il ne sait ni son âge ni la date, il ne se rend pas compte de la maison où il se trouve.

Il ne travaillait que lorsqu'on le poussait.

Caractère sournois et irascible.

Au point de vue physique, il était d'une taille moyenne 1 m. 56, la colonne vertébrale légèrement courbée.

Il était porteur d'une hernie inguinale congénitale.

Il est décédé le 26 juin 1892 des suites d'étranglement de cette hernie.

Observation LXIX. — Idiotie profonde

M..., Ernestine, née le 3 décembre 1864. — Entrée à l'asile le 11 juillet 1883.

Pendant que sa mère était enceinte d'elle, elle eut à soigner sa belle-sœur phtisique, elle eut beaucoup de fatigue et d'émotion.

Elle est née à terme, très petite et très faible, elle ne put prendre le sein. A 7 mois sa mère s'aperçut qu'elle était drôle, elle remarque que la fontanelle antérieure était plus large que chez ses autres enfants.

Plus tard, elle ne put rien apprendre, et cherchait toujours à manger ses excréments.

A 9 ans, à son entrée à l'Asile, elle n'avait encore mangé que du lait. Elle était privée de toute intelligence, ne parlait pas et ne reconnaissait personne.

Il fallait lui donner les mêmes soins qu'à un enfant au berceau.

Aujourd'hui qu'elle a 20 ans, elle ne paraît pas avoir plus de dix ans, elle a 1 m. 16 de hauteur. Elle tient toujours les yeux fermés, ses lèvres s'avancent en forme de moue.

Elle remue constamment les mains et les doigts en poussant un grognement inarticulé.

Elle ne parle pas, ne mange pas seule, ne reconnaît que la malade qui la soigne, le buffet et son lit.

Elle n'a pas reconnu sa mère qui est venue la voir.

La motilité n'est pas affaiblie, si on la laissait faire, elle irait fouiller la terre avec son nez.

Ses règles se sont établies régulièrement depuis l'âge de douze ans.

Le front est proéminent, assez élevé, la mâchoire inférieure dépasse beaucoup la mâchoire supérieure, ses dents sont mal implantées, les amygdales très hypertrophiées.

Observation LXX. — Imbécile

R..., Marie-Victorine, née le 13 juin 1854, âgée de 13 ans, entrée le 18 mai 1868.

Le père paraissait d'une intelligence normale, il faisait des excès de boisson.

La mère, de mœurs légères, se livrait également à la boisson. Un frère aîné, né en 1836, est devenu facteur des postes, il était intempérant et a donné sa démission à la suite d'une punition motivée par son ivrognerie. Il a repris son service depuis. Il est d'une intelligence ordinaire.

Le fils unique de ce frère (neveu de nos malades) est entré à 18 ans comme facteur, il s'est montré peu sérieux et, à la suite d'indélicatesses peu importantes, il a été obligé de démissionner. Intelligence ordinaire.

Un frère cadet paraissait peu intelligent.

Etant enceinte d'elle, sa mère fut très effrayée par un homme qui lançait des cailloux contre les fenètre de sa maison, en proférant des menaces contre elle.

Vers l'âge de six mois elle eut des convulsions très fortes qui mirent ses jours en danger.

Elle alla à l'école pendant deux ans, et ne put rien y apprendre. Elle fut amenée à l'Asile vers l'âge de 14 ans.

A son entrée elle s'est montrée tranquille, douce, affectueuse, obéissante. Son intelligence, dit le certificat d'entrée, est un peu faible, mais lui permet de se rendre compte de bien des choses et de répondre aux questions qu'on lui adresse d'ordinaire.

Aujourd'hui elle est âgée de 40 ans, son développement physique est normal. Elle a toujours l'apparence timide, elle se tient la tête

baissée et son regard ne peut se fixer, ni soutenir un autre regard. La voûte palatine est ogivale, la première phalange du pouce droit manque consécutivement à un panaris.

Au point de vue intellectuel elle est d'une imbécillité profonde. Elle ne peut dire que son nom, mais elle ne sait ni son âge, ni le jour où nous sommes, elle répond que 2 plus 2 font 2, et ne peut même compter ses doigts.

Elle s'occupe à laver le linge.

Son caractère est bon, elle est obéissante et docile; quelquefois, cependant elle est violente vis-à-vis de sa sœur.

Elle se montre affectueuse et semble regretter que sa famille ne vienne pas la voir,

Observation LXXI. — Imbécile

R..., Julie, née le 25 octobre 1856. Entrée à l'Asile le 18 mai 1868, sœur de la précédente.

Elle eut une enfance maladive, elle alla à l'école et n'y apprit rien, cependant les médecins avaient mieux auguré de son avenir intellectuel.

A son arrivée à l'Asile, à l'âge de onze ans, son intelligence paraît assez faible, elle est surtout très timide, mais elle répond d'une façon assez juste aux questions qu'on lui adresse. Elle est très affectueuse.

Aujourd'hui c'est une femme de 38 ans, bien développée, d'une taille de 1 m. 56. Sa figure est régulière, mais ses traits expriment la niaiserie, elle répond à la plupart des questions par un rire sans signification. Ses mâchoires sont complètement dégarnies de dents, seules les incisives et les canines restent. Au point de vue intellectuel, c'est une imbécile complète. Elle ne peut dire ni son âge, ni le jour où nous sommes, elle ne peut compter par unité. Elle est employée à brosser.

Elle est d'un caractère doux et docile, quelquefois elle se dispute avec sa sœur,

Observation LXXII. — Mélancolie anxieuse.

L..., f[me] Ma.., née le 30 décembre 1831. Entrée le 14 juillet 1882. Décédée le 28 octobre 1883.

Antécédents héréditaires. — Aucun ne nous est connu. Sœur de L..., f[me] Ch...

Elle était atteinte de lypémanie anxieuse.

Elle était découragée, incapable d'action. Elle craignait d'avoir fait du mal à tout le monde, croyait que ses enfants étaient morts. Elle se plaignait d'avoir dans son imagination deux idées, celle du bien et du mal, et c'était toujours cette dernière qui l'emportait. Sous l'influence de ces idées, elle poussait des gémissements continuels, s'agitait, cassait des carreaux et à plusieurs reprises avait tenté de se faire du mal.

Son état ne s'amenda pas pendant un an et elle succomba à une hémorrhagie cérébrale le 18 octobre 1883.

Observation LXXIII. — Mélancolie anxieuse.

L..., fme Che.., née le 6 juillet 1836. Entrée le 7 janvier 1892.

Antécédents héréditaires. — Sœur de L..., fme M...

Elle a éprouvé de grands chagrins domestiques; une de ses filles l'a quittée, lui laissant à élever un enfant qu'elle avait sans être mariée. Elle aimait beaucoup la lecture des ouvrages de sorcellerie.

D'un caractère gai, mais irritable, elle devint tout d'un coup mélancolique, elle se plaignit d'entendre des voix : les unes, qui lui disaient de se faire du mal, les autres de n'en rien faire. C'est de l'estomac que lui viennent les mauvais conseils. C'est également de l'estomac que montent des blasphèmes que sa bouche prononce malgrè sa volonté. Ce combat du bien et du mal l'épuise; elle sent que Dieu l'a abandonnée. C'est elle qui est cause de tout le mal, de toutes les maladies. Elle cherche à plusieurs reprises à se faire du mal. En outre de ces idées mélancoliques, elle présentait de la diminution de la sensibilité, et des pupilles contractées et s'accommodant difficilement.

Aujourd'hui elle est moins anxieuse, elle travaille, mais elle est toujours très hallucinée : des voix la traitent de prostituée, de bordel à soldat et elle craint que ses réponses nuisent à son fils.

Les facultés intellectuelles sont légèrement affaiblies. Elle est affectée de tremblement sénile, surtout apparent à la main droite.

Observation LXXIV. — Mélancolie anxieuse avec idées de suicide.

Th...,fme B., née le 14 janvier 1849. Entrée le 23 mars 1884. Sortie le 14 octobre 1884.

Antécédents héréditaires. — Sœur de Th..., fme D...

Elle a commencé à délirer six semaines avant son entrée, elle avait des périodes alternatives de dépression et d'agitation et de lucidité.

Elle était atteinte de mélancolie anxieuse. Elle croit qu'elle est ruinée, qu'on va l'assassiner.

Pendant son séjour, sous l'influence de son délire, elle est restée cachée dans un égout pendant six jours ; elle s'est jetée dans une bouche de cheminée d'une hauteur de six mètres.

Elle sortie très améliorée le 21 septembre 1884 et la guérison s'est maintenue depuis.

Observation LXXV. — Mélancolie anxieuse.

Th..., fme D., née le 18 mai 1835. Entrée le 25 février 1894.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort paralysé.

Elle a deux fils bien portants et mariés, ayant des enfants. L'un d'eux est divorcé.

Sa petite fille est d'un caractère bizarre et travaille irrégulièrement.

Elle est sœur de Th..., fme B...

Elle a eu une fièvre typhoïde en 1870, depuis, elle s'est bien portée.

Elle a eu de grandes préoccupations, il y a deux mois, au sujet de sa petite fille qui avait quitté sa place : elle a commencé à ne plus dormir, manger difficilement et à s'agiter.

A son entrée, on constate qu'elle est atteinte de mélancolie anxieuse avec la conservation de la conscience. Elle dit qu'elle sait qu'elle est folle; qu'elle a accusé injustement son mari d'avoir eu des rapports avec sa petite fille; qu'elle va être damnée. Elle s'entend accusée de crimes, d'avoir eu des rapports avec des chiens, etc.

Elle est très anxieuse, se lamente, n'a pas le courage de s'occuper, ni de travailler.

Son état n'a pas changé depuis un mois.

Observation LXXVI. — Folie intermittente

C..., fme T..., née le 12 mai 1846. — Entrée le 5 juillet 1871.

Antécédents héréditaires. — Aucun ne nous est connu.

Elle est atteinte de folie intermittente caractérisée par des accès

d'excitation maniaque d'assez courte durée. mais survenant fréquemment.

Du 5 juillet 1871 au 20 août 1892, elle est entrée sept fois à l'Asile et en est sortie chaque fois améliorée.

Depuis cette époque elle n'est pas revenue.

Observation LXXVII. — Manie rémittente.

C... f^me^ L..., née le 24 février 1852.— Entrée à l'Asile le 21 février 1877, deuxième fois le 15 juin 1885.

Un premier accès de manie avait duré un an environ (février 1877-mars 1878). A la suite elle avait pu rester sept ans chez elle.

Elle s'excita de nouveau, se livra en public à des actes obscènes, provoquait les hommes par des propos lascifs, elle dut être ramenée à l'Asile.

Depuis sa seconde entrée, le 15 juin 1885, son excitation maniaque est devenue chronique.

Elle est loquace, grossière en ses propos, menaçante, incohérente en ses réponses. Elle dort peu.

Dans les rares périodes de calme, elle s'occupe un peu au ménage, et peut répondre avec intelligence à nos questions. On voit que sa mémoire est bien conservée, et qu'elle s'intéresse encore à tous les membres de sa famille.

Elle est bien constituée physiquement ; sa main gauche est très déformée, les quatre doigts manquent, le pouce seul est conservé.

Elle nous dit qu'à l'âge de 18 mois elle est tombée dans le feu et s'est brûlée la main.

Observation LXXVIII. — Paralysie générale

M..., f^me^ L..., née le 19 décembre 1848. – Entrée le 31 mars 1893.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une maladie de face, mais n'était pas buveur.

Sa mère âgée de 77 ans est bien portante.

Elle a un frère et une sœur bien portants.

Son plus jeune frère est mort à l'asile paralytique général.

A l'âge de 13 ans, elle a eu une fièvre cérébrale qui a duré trois semaines. Elle a été réglée à 15 ans.

D'un caractère assez gai, elle aimait la solitude, son intelligence était moyenne. Elle était laborieuse et même intéressée. Elle s'est mariée à 21 ans, est devenue veuve et s'est remariée. Elle a été

très malheureuse dans ce deuxième mariage, son mari la frappait à coup de poing sur la tête (disent les renseignements du maire).

Elle était malade depuis un an, lorsqu'elle est entrée à l'Asile. Elle était déjà dans la dernière période de la paralysie générale. Son intelligence était très affaiblie, presque abolie. Elle avait cependant des idées de satisfaction. La parole était très embarrassée, le tremblement fibrillaire des muscles des lèvres considérable. Les pupilles étaient contractées et égales, le reflexe irien affaibli, le reflexe patellaire normal. La mobilité était affaiblie, la rigidité des membres l'empêchait de marcher. Elle était gâteuse.

L'affaiblissement intellectuel et musculaire n'a fait que s'accroître et aujourd'hui elle mène une vie purement végétative.

OBSERVATION LXXIX. — PARALYSIE GÉNÉRALE.

M..., Ernest, né le 11 mai 1856. Entré à l'Asile le 27 octobre 1893. — Décédé le 7 avril 1894.

Antécédents héréditaires. — Frère de M..., Mme L...

A 14 ans il eut une fièvre muqueuse légère. Il était bon ouvrier menuisier, de bonne conduite, pas buveur, intelligent et très ami de sa famille. Il n'avait jamais eu de maladie vénérienne. Il fut réformé du service militaire à cause de ses varices.

A 22 ans il se maria et fut très malheureux en ménage : sa femme se grisait, le trompait, le volait et finalement lui fit quitter sa place pour l'entraîner au Havre ou elle l'abandonna. Il chercha à revenir à Bernay, se perdit en route, et fut amené à l'Asile de Caen, le 24 juin 1893, d'où il fut transféré à Evreux.

A son entrée il était atteint de paralysie générale caractérisée par de l'affaiblissement de l'intelligence et surtout de la mémoire ; il ignorait la table de multiplication, le jour et l'année, etc. La parole était embarrassée, les pupilles inégales. Les reflexes patellaires, iriens étaient conservés. Ses membres étaient rigides et il restait couché.

M... était un homme bien constitué, amaigri. La tête était d'un volume inférieur à la moyenne ; et il présentait du prognathisme de la mâchoire inférieure.

Au bout de peu de temps, apparurent des idées hypochondriaques, et des idées de négation. Il mangeait peu, disant qu'il avait le fondement bouché, malgré l'évidence du contraire. Bientôt il refusa tout aliment, prétendant que son œsophage était aussi bouché, et que rien ne pouvait entrer. On dut le nourrir à la sonde

pendant deux mois. Malgré les 4 litres de lait qu'il prenait par jour, il s'affaiblit de plus en plus et succomba le 7 avril 1894.

L'autopsie confirma le diagnostic de paralysie générale : il y avait de l'adhérence des membranes, plus à gauche qu'à droite, il n'y avait pas de granulation sur l'épiderme des ventricules. Les poumons contenaient un assez grand nombre de tubercules. Et des ganglions bronchiques hypertrophiés comprimaient l'œsophage.

Observation LXXX. — Epilepsie. — Oncle maternel, frère et sœur atteints de la même affection

L..., Alphonse, né le 12 août 1870. Entré le 8 octobre 1887. Décédé le 17 mars 1890.

Antécédents héréditaires. — Son père exerce la profession de vannier ambulant. Il a abandonné sa famille depuis 15 ans.

Sa mère vit dans la misère la plus complète.

Un frère de la mère était épileptique.

Un frère âgé de 30 ans est bien portant. Il était couvreur et est mort à 52 ans.

Une sœur, âgée de 23 ans, est mariée et a des enfants en bonne santé.

Une sœur, plus jeune, avait des crises épileptiques rares. Elle s'est mariée et a eu un enfant mort-né. Elle est morte du typhus en 1893.

La dernière sœur est, à l'asile, hystéro-épileptique.

Sa première attaque épileptique est survenue à six ans, à la suite d'une frayeur au dire de sa mère. Depuis, les attaques rares, au début, ont augmenté de fréquence au point qu'il a dû être interné à l'Asile.

A son entrée on constata qu'il était très débile au point de vue intellectuel : il ne savait ni lire, ni compter, n'avait que des notions restreintes et était incapable de se passer de direction. Ses attaques avaient nettement le caractère épileptique et survenaient souvent la nuit. Il tombait souvent sur la face et après l'attaque il restait troublé trois ou quatre jours sans être ni violent ni agressif.

En 1889, il eut 1074 attaques, 575 de jour et 499 de nuit. On était forcé de le tenir au lit par suite de la faiblesse physique et de l'hébétude profonde que produisaient ses fréquentes attaques.

En janvier et février 1890, il en eut 85 dont 66 de jour et 19 de nuit. A partir du 6 mars, il eut de la dyssenterie, les attaques cessèrent et il succomba le 17 mars 1890.

L'autopsie révela l'injection des membranes du cerveau et quelques adhérences à la partie moyenne de la scissure inter-hémisphérique.

La transmission de l'épilepsie est rare ; dans cette observavation la maladie s'est aggravée en passant de l'oncle maternel à son neveu et à ses deux nièces, par son début à un âge peu avancé, la débilité mentale et la fréquence des attaques. Cette aggravation s'est surtout fait remarquer chez le neveu qui a succombé à 20 ans.

Observation LXXXI. — Hystéro-épilepsie. — Un oncle et deux frères épileptiques

L..., Léontine, née le 6 janvier 1872. Entrée à l'Asile le 18 août 1887.

Antécédents héréditaires. — Sœur de L..., Alphonse.

Elle a été amenée de l'hospice de Bernay.

Sa première attaque aurait eu lieu à l'âge de 9 ans. D'abord assez rares, les attaques ont vite augmenté de fréquence et, en juin 1888, elle atteignirent le chiffre de cent par nuit. Dans toute l'année 1888 elle en eut 2329.

Ses attaques qui avaient d'abord revêtu le caractère épileptique, perte de connaissance, mouvements toniques suivis de mouvements cloniques, écume à la bouche, se rapprochèrent plus tard de celles de l'hystérie, consistant surtout en violents mouvements désordonnés avec perte de connaissance sans écume ni stertor. Malgré leur très grande fréquence, elles n'étaient pas suivies d'état demi-comateux comme chez son frère et elle pouvait se lever presque aussitôt qu'elles étaient passées. L'intelligence qui avait toujours été un peu débile ne s'affaiblit pas davantage et il y avait de l'anesthésie cutanée de toutes les parties du corps avec prédominance du côté gauche.

Traitée par la suggestion hypnotique à la fin de 1889, les attaques diminuèrent graduellement; en 1890, elle n'en eut que 12 et 4 seulement en 1891. Depuis février 1891, elle n'en a plus eu, mais elle a été prise de violentes migraines avec vomissements survenant 5 ou 6 fois par mois et qui semblent avoir remplacé les décharges convulsives. Elles cessent du reste par l'hypnotisation, et il suffit d'endormir L... une fois par semaine pour l'empêcher d'en avoir.

L'anesthésie cutanée a disparu avec la cessation des attaques.

Observation LXXXII. — Débilité intellectuelle. — Absence de sens moral. — Délire mélancolique.

B..., Alfred, né le 12 juin 1849. Entré la première fois le 9 avril 1869. Sorti le 31 décembre 1870. Rentré le 17 juin 1878.

Il fit d'assez bonnes études primaires, puis apprit le métier de photographe. Il avait grand peur d'être soldat. Il voulut obtenir d'un fournisseur un objectif pour moitié prix de sa valeur; pour arriver à ses fins, il adresse au fournisseur une série de lettres injurieuses et portant pour adresse : M. X..., commerçant peu consciencieux. Poursuivi en correctionnelle, il put étouffer l'affaire, mais il fut très troublé et entra à l'Asile peu de temps après. M. le docteur Vedie le reconnut atteint de débilité mentale avec idées de prévention systématisée et périodes d'excitation et de dépression.

Sorti au bout de 17 mois, il travaille comme employé de sa mère, d'une façon irrégulière. Il fit des excès alcooliques et vénériens et voulut voler à son père l'exploitation d'un brevet d'invention. Il dépensa en choses futiles tout son avoir et, au bout de huit ans, il fut ramené à l'Asile.

A son entrée, il était très agité, il criait, chantait. Cette agitation fut suivie d'une dépression mélancolique avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il voyait sur le mur des petites reines, il demandait, par lettre, l'échafaud. Pendant longtemps il eut des idées de suicide.

Depuis quelques années, il est entré dans la démence. Sa mémoire des faits anciens est seule conservée, il travaille régulièrement, mais est incapable d'aucune initiative. Il est indifférent à tout, se trouve très heureux à l'Asile, quelquefois il monologue, il tient des discours incohérents : il dit qu'il a été pape, qu'on l'a enlevé à Jérusalem, sans que la France s'en soit aperçu, etc. Physiquement, il est bien constitué, son visage est régulier.

Observation LXXXIII. — Débilité mentale. — Absence de sens moral. — Idées hypochondriaques.

B..., Edouard, né le 17 août 1850. Entré à l'Asile le 20 avril 1870. Evadé le 27 juillet 1870.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 56 ans, d'une maladie de langueur; c'était un homme intelligent, à l'esprit

inventif, mais qui aimait beaucoup à changer de profession.

Il était atteint de débilité intellectuelle avec idées hypochondriaques; il se croyait sur le point de mourir. Il était privé de tout sens moral et de sentiment affectif. Il avait de la haine pour ses parents, parce que, disait-il, ils ne lui donnaient pas assez de bien-être.

Après quelques mois de séjour à l'Asile, il s'évada. Pendant la guerre, il s'engagea, il déserta à plusieurs reprises.

Il revint dans sa famille aux dépens de laquelle il vécut jusqu'à sa mort.

Observation LXXXIV. — Démence consécutive a des idées de persécution.

H..., Rosine f^me^ H..., née le 12 mai 1852. Entrée la première fois le 1er janvier 1882. Entrée pour la deuxième fois le 8 février 1884.

Il n'y a dans la famille aucun antécédent héréditaire avoué, bien que son frère soit aussi interné.

A sa première entrée, elle était atteinte de mélancolie avec quelques idées de persécution contre son mari. Elle restait déprimée, sans aucune initiative, on devait la faire manger, l'habiller, subvenir à ses besoins.

Sortie malgré le médecin, par arrêté préfectoral, elle est réintégrée en 1884, parce qu'elle ne s'était livrée à aucun travail, elle déchirait ses vêtements, se disputait avec tout le monde, frappait les animaux, etc.

D'abord déprimée et incapable de tout travail, elle devint bientôt excitée, loquace, emportée et violente par intervalle.

Elle travaille à la buanderie, mais son intelligence est très affaiblie, elle est très incohérente dans ses réponses.

Observation LXXXV. — Démence consécutive a des idées de persécution.

H..., Désiré, né le 7 décembre 1848. Entré à l'Asile le 24 mai 1884

Antécédents héréditaires. — Frère de H..., Rosine.

Il avait toujours été d'une intelligence faible et d'un caractère sombre. Il souffrait souvent de la tête et, d'après son dire, aurait été sujet à des attaques d'épilepsie.

Il faisait de nombreux excès de boissons et, depuis 1878, il présentait des périodes d'excitation qui, d'abord de courte durée, devinrent de plus en plus longues. Il devint violent vis-à-vis de sa femme, eut des cauchemars, des hallucinations visuelles, nocturnes et fut amené à l'Asile en 1884.

A ce moment on constatait le peu de développement de son intelligence et des idées de persécution très nettes. Il accuse ses voisins de le jalouser, de l'insulter et de lui faire voir la nuit des fantômes, des ombres et des têtes de mort, etc.

Depuis, il n'a jamais voulu se livrer à aucun travail, il reste toute la journée solitaire, sombre, ne causant à personne et répondant à peine quand on l'interroge. Il ne se rend compte ni de la date, ni du lieu où il se trouve; il nous dit que des voix l'entretiennent encore de sa fortune qu'il évalue à peu près à 100.000 fr. Il se dit tréfileur de sa profession, c'est-à-dire ouvrier d'état. Il est très incohérent dans sa mégalomanie.

Observation LXXXVI. — Imbécillité.

D..., Marie-Victorine, née le 27 janvier 1853, entrée à l'Asile le 30 mai 1877, décédée le 13 mai 1888.

Antécédents héréditaires. — Le frère de sa mère est interné à l'asile de Quatremare. Sa sœur est internée à l'asile d'Evreux.

Elle était imbécile. Elle savait à peine son nom, ignorait son âge. Elle était incapable de saisir une idée abstraite et manquait absolument de sens moral.

D'un caractère difficile, elle était voleuse, violente et souvent agressive. Elle avait egalement des idées d'excitation de courte durée.

Elle succomba le 13 mai 1886 par affaiblissement général consécutif à une cardiopathie.

Observation LXXXVII. — Intelligence moyenne. Idées de persécution.

D..., Marie-Delphine, née le 1er décembre 1858, entrée à l'Asile le 6 janvier 1879.

Antécédents héréditaires. Sœur de la précédente.

Elle a fait une chute sur la tête dans son jeune âge. Elle travaillait à Bernay comme rubanière. Au mois de décembre 1878, elle

quitta l'atelier où elle travaillait sous prétexte que ses compagnes la tracassaient et lui causaient toute sorte d'ennui,

Amenée à l'Asile le 6 janvier 1879, elle présente des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe, on la traite de voleuse, etc. L'intelligence est moyenne, la mémoire intacte, elle répond avec précision aux questions qu'on lui adresse. Elle ne travaille qu'irrégulièrement, souvent elle reste des journées entières debout. Elle était chloralique. Aujourd'hui, juillet 1894, elle est toujours très hallucinée, elle répond avec violence aux voix invisibles : tu vas te taire, etc. Elle manifeste des idées incohérentes de persécution et de grandeur : elle dit être la mère du pape.

Elle sait lire et écrire, coudre, mais ne veut pas travailler à la couture, elle aide un peu aux travaux du ménage et s'occupe à ramasser dans sa poche toutes espèces de saletés.

La constitution physique est bonne, les oreilles sont bien ourlées, le front est un peu bas. Sa taille est de $1^{m}51$.

Observation LXXXVIII. — Démence précoce.

V..., Louis-Edmond, né le 25 février 1836, entré le 13 août 1866.

Antécédents héréditaires. Le père et le frère paraissaient avoir le cerveau mal équilibré, ils avaient les yeux égarés.

Une sœur est entrée à l'Asile.

La maladie paraît avoir débuté en 1856 par la crainte qu'il avait d'être soldat ; il fut du reste renvoyé après quelques mois de présence au corps. Interné à l'asile de Pont-l'Abbé, il fut transféré à l'asile d'Evreux avec le diagnostic de démence, le 13 août 1866.

Le 15 août il s'évade, et réintégré le 19, il ne peut dire dans quel but il a voulu quitter l'Asile. Déjà, en ce moment il est dans un état voisin de la démence, il ne répond aux questions que par quelques paroles inintelligibles. Il semble n'avoir qu'une idée, celle de s'évader et cette tendance aux évasions paraît plutôt instinctive que réflective.

Malgré les précautions, il s'évade de nouveau le 23 décembre 1870 et n'est ramené que quatre mois après. Il avait donné un faux nom, à l'hospice de Louviers, où on l'a retrouvé. Il a été incapable de dire ce qu'il avait fait depuis son départ. Plus tard il a travaillé d'une façon machinale.

Depuis 1880 il n'a plus aucune volonté ni initiative, il reste des journées entières immobile, indifférent à tout. Aujourd'hui,

juillet 1894, il est dans un état de démence complète, la seule réponse qu'il fasse à nos questions, c'est qu'il a deux ans. Il reste immobile couché sur l'herbe.

Il est malpropre et gâteux.

Physiquement il est assez bien conservé; il est voûté, les oreilles sont grandes mais bien conformées.

Il présente aux deux mains la rétraction de l'aponévrose palmaire, qui lui empêche d'étendre les doigts.

Observation LXXXIX. — Excitation avec idées mystiques et de persécution.

V..., Césarine-Fortunée, née le 16 octobre 1844. Entrée le 12 novembre 1891.

Antécédents héréditaires : sœur du précédent.

Son enfance et sa jeunesse n'auraient présenté rien d'anormal. Réglée régulièrement. Elle était d'une intelligence moyenne et d'un caractère mobile.

Il y a vingt ans, à la suite de la rupture d'un mariage projeté avec un individu marié, elle eut un premier accès d'excitation avec incohérence dans les propos, puis elle s'est lancée dans une dévotion exagérée et a voulu entrer au couvent. Elle vivait absolument seule. Dans un accès, elle s'est jetée sur sa sœur et a voulu la tuer.

A son entrée à l'Asile, elle avoue que ses voisins la persécutent et que des voix lui disent des injures.

Elle s'est mise à travailler à la couture, sans parler à personne. D'ordinaire, elle répond difficilement aux questions, cependant, elle se plaint de temps en temps d'entendre des injures, de sentir des poisons dans ses aliments.

Aujourd'hui, juillet 1894, elle n'avoue plus aucune idée de persécution, ni aucune hallucination. Son intelligence paraît affaiblie.

Elle travaille toujours très assidûment sans adresser la parole ni répondre à aucune de ses compagnes.

Le matin, elle se lave pendant plus d'une heure, c'est pour se rafraîchir, dit-elle, et faire revenir la santé.

A chaque repas, elle essuie longuement son assiette.

Elle est de taille moyenne, 1 mètre 54. Les traits sont assez réguliers, mais les oreilles sont mal conformées, mal ourlées et écartées de la tête.

CONCLUSIONS

L'aliénation mentale est une cause de dégénérescence physique, intellectuelle ou morale.

Ces trois formes de dégénérescence peuvent exister ensemble ou isolément.

Quand elles existent simultanément, elles peuvent se combiner de diverses manières et l'une d'elles ou deux d'entre elles peuvent être prédominantes.

La dégénérescence morale signalée par Morel est fréquente.

Ces dégénérescences, qui aboutissent à la stérilité des parents et au peu de viabilité des enfants, peuvent être produites non seulement par l'aliénation mentale, mais aussi, comme l'a dit Cotard, par des maladies fatales, infantiles et juvéniles et nous en avons à l'asile des cas incontestables.

Un grand nombre de formes d'aliénation mentale peuvent être transmises par l'hérédité, cette transmission produit des cas similaires ou dissemblables. Quand il y a plusieurs individus atteints de folie héréditaire dans une même famille, on peut rencontrer à la fois ces deux cas.

L'aliénation mentale s'aggrave ordinairement par l'hérédité à moins que l'influence noscive du générateur aliéné soit contrebalancée ou même annulée par celle du parent bien portant.

L'hérédité de l'aliénation mentale n'est pas fatale : à moins d'être très chargée, elle n'agit qu'avec l'aide de causes occasionnelles et l'on peut rencontrer des frères et des sœurs d'aliénés qui sont bien doués sous tous les rapports.

Une bonne hygiène cérébrale peut donc diminuer beaucoup la fréquence de l'aliénation mentale.

M. MONOD.—NOTE SUR LES ALIÉNÉS RECUEILLIS APRÈS CONDAMNATION DANS LES ASILES PUBLICS, DE 1886 A 1890, ET POUR LESQUELS IL SEMBLE QU'UNE EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE EUT ÉVITÉ LA CONDAMNATION.

En 1889, devant le congrès international de médecine mentale, j'ai dénoncé l'état scandaleux des cellules d'observation

dans certains hôpitaux où les aliénés sont traités sans les soins, sans les égards, sans le respect auxquels ont droit des malades. C'est encore en faveur de ces malades que j'interviens aujourd'hui devant le congrès des médecins aliénistes de France, institution nouvelle, que je salue comme une manifestation des progrès que fait parmi nous la science de la médecine mentale, comme la condition et le gage des progrès qu'elle réalisera encore. Ces malades, que Pinel, Esquirol et d'autres ont délivré du carcan, des fers aux pieds et des cabanons monstrueux, il faut encore, et je viens demander au congrès d'en rechercher les moyens, les arracher au malheur et à la honte du casier judiciaire.

L'opinion est saisie périodiquement depuis quelques années, quelquefois très bruyamment, de la nécessité de reviser la loi de 1838. Il est incontestable que l'expérience a révélé dans cette loi des défectuosités, surtout des lacunes. Mais il n'est pas moins hors de doute que cette loi bienfaisante de 1838 a rendu les plus signalés services, qu'il n'y faut toucher qu'avec reconnaissance, avec une prudence extrême, et seulement sur les points où des faits bien établis ont démontré la nécessité d'une réforme.

C'est un de ces points que je voudrais signaler au congrès. L'on a fait voir souvent que la loi ne défend pas suffisamment la société contre les aliénés dits à tort criminels ; je voudrais montrer qu'elle ne défend pas non plus suffisamment ces aliénés contre des condamnations qui ne sont faites que pour des responsables.

M. le docteur Pactet, interne des Asiles de la Seine, a publié, en 1891, sa thèse de doctorat sous ce titre : *Aliénés méconnus et condamnés par les Tribunaux*. En 1892, M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de la préfecture de police, a présenté au congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles un rapport intitulé : « *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction.* »

L'étude de ces deux importants travaux m'a conduit à étendre le même genre de recherches aux asiles publics d'aliénés. Au mois de juin dernier, j'adressai aux directeurs de ces asiles la circulaire suivante :

23 juin 1894.

« Monsieur le Directeur,

« Vous m'obligeriez si vous pouviez m'adresser, dans le plus bref délai possible, un relevé, fait pour chacune des années 1886, 1887, 1888, 1889 et 1890, des cas où des malades ont été conduits dans l'asile que vous dirigez peu de temps après avoir subi des condamnations judiciaires. *Vous ne porterez sur cet état que les cas où la maladie mentale était la cause indiscutable de l'acte incriminé devant les Tribunaux,* et où, dans votre opinion, une expertise médico-légale eût pu éviter à l'aliéné sa condamnation. Vous indiquerez, pour chaque cas, l'âge du condamné, le fait incriminé, la condamnation, sa date, la date du transfèrement à l'asile et les observations que vous jugeriez utile de joindre à ces indications.

« Agréez, Monsieur le directeur, etc. »

Presque tous les directeurs répondirent par des rapports d'un haut intérêt. Je vous apporte le résultat de cette enquête. Le tableau qui la résume comprend 271 observations faites sur des malades recueillis dans les Asiles, de 1886 à 1890, après condamnation, et auxquels, dans l'opinion des directeurs des asiles, toute condamnation eût été épargnée par une expertise médico-légale préalable.

Je donne la liste de ces 271 observations sans aucune indication de noms ni de lieux; elle ne révèlera ni l'identité des malades, ni l'asile où ces malades ont été recueillis, ni les tribunaux qui les ont condamnés. Je ne fais le procès de personne. Je ne veux que réunir des faits assez nombreux et assez probants pour préparer une réforme de loi.

L'enquête est tres incomplète ; le nombre des aliénés « méconnus et condamnés par les tribunaux » est beaucoup plus considérable que celui des cas relevés dans notre travail. Les raisons de cette insuffisance sont multiples.

D'abord, ma circulaire n'a été adressée qu'aux directeurs des asiles publics. Ensuite, tous n'ont pas répondu d'une manière utile. Sur 50 asiles publics, il y en a 11, comprenant une population de plus de 8,600 aliénés (1), dont les

(1) 8,633 pendant l'année 1888

directeurs ont répondu d'un mot n'avoir connaissance d'aucun cas rentrant dans la catégorie définie par ma circulaire, ce qui est bien invraisemblable. Il y en a trois, d'une population de plus de 2,200 malades (1), pour lesquels ont été fournis des renseignements si vagues qu'il a été impossible d'en tenir compte. Enfin, il y en a quatre, comptant au 31 décembre 1888 une population de plus de 6,500 aliénés (2), qui n'ont fait aucune réponse quelconque. La population, au 31 décembre 1888, des asiles publics pour lesquels des informations suffisamment précises m'ont été envoyées est de 33,000 malades (3). Le nombre total des aliénés internés en France flotte entre 70,000 et 75,000 (4). Il n'est donc pas téméraire de supposer que si les recherches faites dans certains asiles l'eussent été dans tous, le nombre des cas répondant, pour la période quinquennale envisagée, aux conditions posées dans la circulaire du 23 juin eût, au lieu de 271, été d'environ 600 (5).

Encore serions-nous loin de connaître le nombre vrai des aliénés condamnés. Quelle est, en effet, la catégorie de ceux qui nous sont révélés ? Ce ne sont guère que ceux qui, peu de temps après leur condamnation, sont transférés directement de la prison à l'asile. Mais « il arrive », comme l'écrit un de nos directeurs, « que des prisonniers aliénés, s'ils ne sont ni dangereux, ni difficiles à vivre, soient gardés à la prison jusqu'à l'expiration de leur peine. Si, plus tard, ils nous sont envoyés, nous ignorons souvent ce qui leur est arrivé, les feuilles de renseignements du dossier ne nous apprenant, en général, que bien peu de chose sur les antécédents des malades. Aussi, il se peut que notre liste soit incomplète. Elle ne comprend que les malades envoyés de la prison à l'asile, et dont les frais de pension sont à la charge du ministère de l'intérieur ». — « Il n'est pas surprenant »,

(1) 2,260.

(2) 6,594.

(3) Exactement, 33,092.

(4) Pendant l'année 1888, il a été, de 74,071, savoir : asiles publics : 49,579 ; — quartiers d'hospices : 8,491 ; asiles privés faisant fonctions d'asiles publics : 13,150 ; — Charenton : 763 ; — maisons privées : 2,088.

(5) La proportion exacte donnerait 606.

observe un autre directeur, « que dans les prisons on méconnaisse certaines situations qui ne sont pas nettement caractérisées à première vue, surtout quand il n'en résulte pas quelque désordre dans le régime de la maison. La plupart du temps — et il n'y a pas lieu de s'en étonner — le médecin de la prison se borne à voir ceux qui lui sont signalés comme physiquement malades, et, à moins de quelque écart très évident, l'état mental des prisonniers calmes ou débiles peut aisément ne donner lieu à aucune observation. » D'autre part, si le transfert à l'asile a lieu un certain temps après la condamnation, il faut des circonstances très particulières, très décisives, pour que le médecin déclare que l'état de folie a été la cause déterminante de l'acte ayant motivé la condamnation. Avec cette probité scientifique qui est une des caractéristiques de notre époque, les médecins aliénistes n'affirment l'irresponsabilité au moment du crime ou du délit que lorsque leur conviction à cet égard est absolue. Il y a même un médecin en chef, et des plus considérables, qui écrit : « La question est insoluble, parce qu'elle ne peut être étudiée qu'à l'aide des dossiers criminels qui ne nous sont pas communiqués. » Un autre fait une observation analogue : « Pour bien se rendre compte de la relation qui pourrait exister entre l'aliénation mentale et l'acte incriminé, il importerait que le médecin aliéniste eût la possibilité d'obtenir du parquet communication des piècee de l'enquête judiciaire. Les condamnés conduits à l'asile arrivent avec un arrêté préfectoral de séquestration visant la demande du parquet ou celle du directeur de la prison, un certificat médical attestant la folie, mais les antécédents judiciaires de l'inculpé, ses actes incriminés, ses délits mêmes nous restent le plus souvent inconnus. » Malgré cela, les conditions dans lesquelles le malade se présente peuvent être telles qu'elles déterminent la conviction du médecin traitant dans le sens de l'irresponsabilité ; ce qui déterminera cette conviction ce sera tantôt la nature de la maladie, sa période d'évolution, comme pour les paralytiques généraux, tantôt le libellé du certificat délivré par le médecin de la prison, tantôt des entretiens avec l'aliéné. Mais si la maladie n'est pas une indication suffisante, si de l'aliéné l'on ne peut rien tirer,

s'il ne vient pas de la prison, si l'on n'obtient pas d'informations de la famille, il est impossible d'établir une opinion. Souvent le fait même de la condamnation est ignoré. Ainsi, un certain nombre de condamnés aliénés échappent nécessairement aux investigations.

Pour ceux dont les observations sont ici reproduites, je puis affirmer que notre travail a été fait avec une conscience méticuleuse. J'en ai écarté tous les cas pour lesquels il m'a semblé que les directeurs avaient eu des doutes. « Pour deux femmes », écrit un médecin en chef, « le diagnostic a été douteux à l'entrée (il était pour l'une, morte quelque temps après d'apoplexie : *démence* ; pour l'autre : *affaiblissement intellectuel*). Leur état mental, douteux pour un aliéniste, ne pouvait attirer l'attention de juges incompétents ». Bien que ces femmes eussent été transférées de la prison à l'asile, l'une douze jours, l'autre cinq jours, après leur condamnation, le doute exprimé par le médecin a suffi pour qu'elles ne fussent pas inscrites sur le tableau. Un autre malade, entré à l'asile un mois après sa condamnation, a été également écarté, parce que le directeur écrivait : « Je ne puis dire que la folie a été la cause *indiscutable* de l'acte incriminé. » Un directeur s'exprime ainsi : « D'autres aliénés, entrés pendant la période de 1886 à 1890, avaient également subi des condamnations antérieures ; mais n'ayant pu, faute de renseignements, faire la preuve qu'ils étaient en état de folie à l'époque des crimes et délits, je me suis abstenu de les mentionner dans cet état. » Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que les réponses des directeurs sont dominées par ces termes de la circulaire : « Vous *ne* porterez sur l'état *que* les cas où la maladie mentale était la cause indiscutable de l'acte incriminé devant les tribunaux. » C'est pour cette raison sans doute que plusieurs se sont contentés d'indications très sommaires, et n'ont pas jugé nécessaire de justifier l'inscription de chaque malade sur l'état.

En tenant compte de ces considérations, il semble qu'il n'est nullement téméraire d'évaluer à sept cents, pour la période quinquennale que nous avons envisagée, le nombre des personnes condamnées auxquelles une expertise médico-légale eût probablement épargné cette condamnation. C'est, chaque année, environ 140 condamnations que des expertises médico-

légales faites, au cours de l'instruction, eussent très vraisemblement évitées. Nous avons emprunté à l'Angleterre le mot de maladies *évitables*, et nous avons dit que, s'il y a, en effet, des maladies évitables, elles doivent être évitées. Nous dirons de même qu'il se produit des condamnations évitables, et, si le fait est vrai, aucun effort ne doit être épargné pour éviter de telles condamnations, qui ne sont pas conformes à la justice.

Le mal est grave et il importe d'en rechercher le remède, sans tomber dans un plus grand mal, qui serait de rendre plus lentes, pour l'ensemble des citoyens, les formalités de la procédure.

On dit : « Il n'est pas douteux que des erreurs inévitables se produisent au sujet des prévenus jugés trop rapidement... Mais qu'est-ce que le nombre de ces erreurs si on le rapproche du nombre des affaires jugées » (1) ? Je ne pense pas que l'on doive raisonner ainsi. L'honneur des individus et celui des familles n'est pas une denrée qui se prête à de semblables moyennes.

On dit encore : « Les conséquences ne paraissent pas graves. Il peut arriver qu'un paralytique général soit absolument méconnu ; mais si cet individu, aliéné, est reconnu tel dans les trois ou quatre jours qui suivent sa condamnation, y a-t-il donc pour lui grand dommage » (2) ? L'on semble oublier que le casier judiciaire subsiste, que lors même que l'aliéné est incurable, cette inscription reste une tare pour la famille, que d'ailleurs le malade n'est pas toujours incurable, que, lorsqu'il guérit, il rentre dans la vie ordinaire avec cette marque infamante qui l'empêchera sans doute de trouver un travail régulier dans des conditions normales et le maintiendra dans une situation favorable aux rechutes. Voici une maniaque âgée de quarante-deux ans, traduite pour vol, en 1888, devant la cour d'assises. Elle avait été déjà, du 14 mai au 20 novembre 1876, traitée pour un accès de manie tout semblable à celui sous l'influence duquel elle a commis son vol. On ne s'arrête pas à cet antécédent morbide ; elle est condamnée à deux ans de

(1) Dr Motet. — Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (p. 389 du compte rendu).

(2) *Ibid.*

prison. Au bout d'un mois, son état est reconnu et on la transfère de la prison à l'asile le 9 décembre 1888. « Sa maladie », écrit le directeur, « était la cause indiscutable de l'acte qui lui était reproché. » On la soigne. On la guérit. Elle sort de l'asile le 7 septembre 1889. Guérie, oui, mais sa vie durant (elle a quarante-deux ans) son casier judiciaire la suivra, et que deviendra-t-elle ? (n° 253 de notre tableau). Que deviendra cette autre dont le médecin de la prison dit, en l'envoyant à l'asile le 17 août 1887 : « Depuis le jour de son entrée à la maison d'arrêt, elle n'a jamais cessé de donner des signes d'aliénation mentale », qui avait déjà été condamnée la même année, vraisemblablement dans les mêmes conditions maladives, et qui est sortie guérie âgée de quarante ans, le 31 octobre 1887 ? (n° 247 de notre tableau. Voir aussi les nos 136, 150, 229.)

Non, il ne faut pas prendre facilement notre parti d'un état de choses qui produit de telles conséquences ; il faut l'examiner avec le désir sincère, je dirai presque le désir passionné, de le faire cesser.

L'on trouvera certainement de l'appui auprès de la magistrature, qui ne déplore pas moins que nous ces erreurs, qui serait aussi heureuse que nous de trouver les moyens de les éviter.

Un de ces moyens serait que les juges d'instruction possédassent certaines notions indispensables pour discerner l'oportunité d'avoir recours à un examen médical. Au deuxième congrès d'anthropologie criminelle, un membre des plus distingués de la Cour de Paris, M. Sarraute, disait à ce sujet : « Si le juge d'instruction ordonne des expertises, il faut bien qu'il soit à même d'en juger les résultats par des connaissances spéciales » (1).

Comment leur donner ces « connaissances spéciales » ? C'est une question à étudier.

Un autre moyen serait de rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires. Dans les grandes villes, ce serait sans doute aisé. Certains tribunaux, ayant à leur portée des experts qui leur inspirent confiance,

(1) Cité par le Dr Paul Garnier. Congrès de Bruxelles (p. 167 du compte-rendu).

évitent presque complètement les erreurs. C'est ainsi qu'un de nos directeurs d'asile écrit : « Le tribunal et la cour, auprès desquels je remplis depuis seize ans les fonctions de médecin expert, se montrent très libéraux et mettent un soin très scrupuleux à soumettre à un examen légal tous les prévenus soupçonnés d'aliénation mentale. » Un autre s'exprime ainsi : « Après avoir passé en revue les nombreux rapports de médecine légale que j'ai fait depuis quatorze ans, j'ai constaté que l'examen des sujets avait toujours été fait au cours de l'instruction judiciaire, et que chaque fois conformément à mes conclusions, le prévenu avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et avait été déféré à l'autorité administrative pour être placé dans un asile. » Un autre : « Sur 24 malades séquestrés par l'intermédiaire de la justice, 23 ont bénéficié d'ordonnance de non-lieu. C'est là, pour cette période de cinq années, un résultat des plus satisfaisants, et qui montre que dans cette région les magistrats ont régulièrement et utilement recours aux expertises médico-légales. » L'on comprend donc qu'un quatrième directeur fasse cette observation dans son rapport : « C'est surtout dans les départements où il n'existe pas d'asile d'aliénés, et où il n'y a peut-être pas de médecins spécialistes auxquels on puisse soumettre les cas douteux, que les cas de folie ayant amené des crises peuvent passer inaperçus. »

Comment étendre à tous les tribunaux le bénéfice d'une situation si favorable au bon fonctionnement de la justice ? C'est encore une question à examiner.

Mais il ne faut pas se dissimuler qu'il faudra inscrire dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux. Il peut arriver qu'un magistrat fasse condamner un malade, parce qu'il apparaît à ce magistrat que c'est le seul moyen de défendre la société et même de faire soigner le malade. Un individu, poursuivi en 1886 pour coups donnés à sa mère, est reconnu irresponsable ; il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu. Mais l'autorité administrative, qui eût dû être avisée, qui l'a peut être été, le laisse en liberté. L'année suivante il est poursuivi pour vol : nouvelle ordonnance de non-lieu ; nouvelle inaction de l'autorité. La troisième fois, en 1889, comme il était poursuivi

pour coups et blessures, le ministère public demande au tribunal de lui appliquer une peine assez forte pour qu'il doive la faire au chef-lieu du département. Là, dit-il, il sera encore visité et, si le diagnostic d'aliénation est confirmé, il sera transféré dans un asile. C'est ce qui est arrivé (nº 92 de notre tableau). La défense sociale est le premier devoir, elle restera la première préoccupation des magistrats.

Voici une autre espèce qui montre que, dans certains cas, l'autorité administrative n'agit pas avec toute la promptitude souhaitable. Un individu ayant des antécédents héréditaires morbides, et qui depuis longtemps s'était fait remarquer par des actes inconséquents, des vols absurdes, etc., est traduit en cours d'assises pour trois tentatives de viol avec menaces de mort. Malgré le rapport du médecin expert qui constate l'affaiblissement de son intelligence, il est condamné à deux ans de prison. Mais, à la prison, son état d'idiotie et d'irresponsabilité est si bien reconnu que le directeur de la prison réclame sa grâce et l'obtient. L'autorité préfectorale a dû être consultée sur le recours en grâce. Que devait-elle faire ? Elle devait ordonner que le malade serait soigné dans un asile. Elle ne le fit pas, ou plutôt elle ne le fit qu'après que le malade, remis en liberté, eût sans aucun motif commis un double meurtre sur deux jeunes filles (nº 71 de notre tableau).

Encore une fois, l'autorité judiciaire ne sera disposée à s'en remettre aux préfets et aux asiles du soin de traiter les aliénés dangereux que lorsqu'elle aura toute sécurité que ceux-ci seront mis dans l'impuissance de nuire.

Ce travail n'est qu'une première ébauche. J'ai été forcé, devant le terminer à date fixe, de me contenter des informations, trop souvent insufisantes (1), qui m'étaient alors fournies. Il pourra, si la chose paraît utile, être étendu et, sur certains points, précisé.

Le tableau des malades est accompagné de statistiques dans lesquelles nos 271 malades sont répartis : 1º par sexes (223 hommes, 48 femmes) ; 2º par âges ; 3º suivant la nature des

(1) L'on remarquera, par exemple, que, sur 271 malades signalés, la date de la condamnation n'a été mentionnée que 95 fois.

actes qui ont motivé leur condamnation ; 4° suivant la nature de leur maladie.

Il y aurait sans doute encore bien des faits intéressants à relever dans cette enquête. J'ai dit le principal. Ma communication n'a qu'un objet : porter sur le terrain administratif et législatif une question qui, en France du moins, n'a pas franchi jusqu'ici les limites du monde médical.

DOCUMENTS ANNEXES

A. — Tableau des 271 observations, par sexes et par ordre croissant d'âges

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
			I. — HOMMES			
1	16 ans.	Vols.	4 ans de correction.	13 mai 1889.	8 juin 188[illegible]	*Hystéro-épilepsie. Un examen médical eût évité cette condamnation.* (Rapport du directeur de l'asile, 29 juin 1894.)
2	16 ans.	Coups et blessures, bris de clôture et menaces.	4 ans de détention.	12 août 1885.	29 juin 1889.	*Atteint de débilité mentale congénitale. Transféré de la colonie des Douaires pour cause de manie épileptique.* (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.) Il a fallu que les circonstances persuadassent bien fortement le directeur de l'irresponsabilité de ce malade au moment du délit commis pour qu'il l'inscrivît sur l'état, alors qu'il l'avait recueilli si longtemps après sa condamnation.
3	16 ans.	Vol.	4 mois de prison (condamnation prononcée en Cour d'appel).	4 juin 1886.	30 août 1886.	*Atteint de débilité mentale congénitale héréditaire. Son frère est à l'asile, atteint de la même dégénérescence, depuis le 5 novembre 1885. Indépendamment de cet état congénital, il présentait quelques idées délirantes mélancoliques avec hallucinations de l'ouïe.* (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.) Puisque l'affaire a été portée en appel, il semble qu'on aurait pu et dû se renseigner sur la situation des membres de la famille, notamment du frère.
4	17 ans.	Vagabondage et vol.	?	?	24 nov. 1888.	Pas d'autre renseignement.
5	19 ans.	Vol.	3 mois de prison	?	7 juil. 1890.	*Excitation maniaque.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
6	19 ans.	Vagabondage.	?	9 condamnations en 4 ans.	31 mars.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade ces condamnations.
7	19 ans.	Vagabondage.	Plusieurs condamnations.	?	28 avril 1886.	*Dépression.* (Rapport du directeur, 30 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade ces condamnations.

(1) Il n'a pas été fait de distinction suivant que les réponses étaient signées par un directeur, ou par un directeur-médecin ou par un médecin en chef. L'on a toujours écrit : *Rapport au directeur.*

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite)*.				
8	20 ans.	Vagabondage et outrages aux magistrats.	48 heures de prison.	8 nov. 1888.	14 nov. 1888.	*Dégénérescence mentale, excitation maniaque, instincts pervers, obsessions et impulsions.* (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)
9	20 ans.	Excitation de mineurs à la débauche.	8 mois de prison.	30 août 1886.	3 sept. 1886.	*Admis à la suite d'un certificat du médecin de la prison constatant qu'il est atteint d'épilepsie avec délire et tendance au suicide. Nul doute qu'il était aliéné au moment de sa condamnation.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
10	20 ans.	Escroquerie.	8 mois de prison.	?	23 nov. 1886.	*Imbécillité, instincts vicieux.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
11	20 ans.	?	6 mois de prison.	?	30 oct. 1889.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
12	20 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	14 mars 1890.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
13	21 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	28 mai 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
14	21 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	30 juin 1886.	*Épilepsie et alcoolisme.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
15	22 ans.	Vols.	2 ans de prison.	?	6 oct. 1888.	*Épilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
16	22 ans.	Vol.	6 mois de prison.	26 juin 1890.	15 nov. 1890.	*Grande ablésion des facultés et agitations après les accès. Folie épileptique ancienne.* (Rapports des directeurs, 16 et 17 août 1894.)
17	23 ans.	Blessures volontaires.	13 mois de prison.	?	16 oct. 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
18	23 ans.	?	8 ans de travaux publics.	?	5 janv. 1890.	*Condamnation encourue pendant son service militaire.* Le directeur ne donne pas d'autre renseignement, mais, puisqu'il inscrit ce malade sur son état, c'est donc qu'il considère qu'il a été condamné alors qu'il était irresponsable.
19	23 ans.	Coups et blessures volontaires.	8 jours de prison.	?	9 fév. 1889.	Pas d'autre renseignement.
20	24 ans.	Mendicité et vagabondage.	2 mois de prison.	14 nov. 1888.	22 déc. 1888.	Le directeur estime (6 juillet 1894) qu'une expertise médico-légale eût évité à ce malade sa condamnation.

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
21	24 ans.	Vols. 3 condamnations.	?	?	1er août 1887	*Débilité mentale*. (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
22	24 ans.	Coups et blessures.	15 jours de prison.	?	11 août 1890.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
23	25 ans.	Vagabondage.	4 mois de prison.	?	9 fév. 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
24	25 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	4 août 1888.	*Imbécillité* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
25	25 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	11 juin 1890.	*Excitation intellectuelle.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
26	25 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	22 mars 1890.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
27	25 ans.	Filouterie.	6 mois de prison.	2 nov. 1887.	27 janv. 1888.	*Dépression mélancolique avec hallucinations et idées de persécutions.* (Rapport du directeur, 17 juillet 1894.) Avait été interné déjà dans deux asiles avant sa condamnation. *Ce malade,* ajoute le directeur, *a été reconnu aliéné trop peu de temps après sa condamnation pour qu'on puisse supposer qu'il était indemne alors, d'autant plus qu'il s'agit d'un état qui évolue d'habitude progressivement. Une expertise était donc indiquée et eût probablement changé la situation.*
28	26 ans.	Actes de violence.	3 mois de prison.	?	22 mars 1890.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
29	26 ans.	Dépenses non payées chez un aubergiste.	23 jours de prison.	sept. 1889.	6 fév. 1890.	*Débilité mentale, manque de jugement, de sens moral, de qualités affectives, s'agite, fait des menaces et se livrerait à la violence si on ne le surveillait pas.* (Rapport du directeur, 16 juillet 1894.) Cet homme avait été réformé du service militaire en 1888 pour cause de trouble cérébral. Le directeur de l'asile semble donc avoir bien raison d'ajouter : *Ce malade rentre dans la categorie des individus condamnés malgré leur état d'aliénation mentale. Une expertise médico-légale aurait permis de reconnaitre sa débilité intellectuelle ; elle aurait relevé à sa décharge ses antécédents, la cause de réforme du service militaire, des actes incohérents, sa situation d'imbécile bien connue dans sa ville natale, et lui eût épargné la condamnation qui l'a frappé.*

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
30	26 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	20 sept. 1888.	*Démence organique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
31	26 ans.	Mendicité.	3 mois de prison.	?	15 août 1886.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
32	26 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	22 juin 1886.	*Débilité mentale ; dépression mélancolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
33	27 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	14 déc. 1886.	*Débilité mentale ; habitudes alcooliques.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
34	27 ans.	?	1 an de prison.	?	24 sept. 1887.	Pas d'autre renseignement.
35	27 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	4 avril 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
36	27 ans.	Tentative de vol.	6 mois de prison.	?	22 oct. 1886.	*Débilité mentale ; dépression mélancolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
37	27 ans.	?	9 mois de prison.	?	30 avril 1889.	*Épilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
38	28 ans.	Filouterie.	6 mois de prison.	?	16 janv. 1886.	*Hystéro-épilepsie ; chorée ancienne ; débilité mentale.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)
39	28 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	23 déc. 1887.	17 fév. 1888.	*Debilité mentale ; incapacité de travail. L'infériorité intellectuelle de ce malheureux, reconnue dans une expertise médicale, aurait certainement milité en faveur de son irresponsabilité.* (Rapports du directeur, 27 juin et 17 juillet 1894.) Ce malade etait, en 1887, condamné pour la sixième fois.
40	28 ans.	Vols.	8 mois de prison.	?	23 déc. 1890.	*Excitation maniaque.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
41	28 ans.	?	?	?	27 août 1888.	Pas de renseignement autre que l'inscription sur l'état.
42	28 ans.	Mendicité.	1 mois de prison.	?	30 déc. 1886.	*Debilité mentale ; alcoolisme.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
43	28 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	29 janv. 1888.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
44	28 ans.	Vol. vagabondage, ivresse.	8 mois de prison.	?	30 avril 1886.	*Débilité mentale avec hallucinations ; idées de persécution ; troubles de la sensibilité générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
45	29 ans.	Filouterie d'aliments.	4 mois de prison.	22 mai 1889.	3 juin 1889.	*Débilité mentale. Presque immédiatement après sa condamnation, on s'est aperçu à la prison qu'il était irresponsable. Il l'était déjà lorsqu'il a commis l'acte pour lequel il a été condamné.* (Rapport du directeur, 29 juin 1889.)
46	29 ans.	?	1 mois de prison.	5 déc. 1888.	5 janv. 1889.	*Paralysie générale. Entré à l'asile dans une période avancée de la maladie. On peut affirmer qu'il était déjà aliéné au moment de sa condamnation. La paralysie générale n'a pu se développer comme elle l'a fait dans l'espace d'un mois.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)
47	29 ans.	?	1 mois de prison.	?	28 sept. 1886.	*Délire mélancolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
48	29 ans.	?	4 mois de prison.	?	22 juin 1886.	*Épilepsie probablement d'origine alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
49	30 ans.	Vol.	15 jours de prison.	?	11 juin 1888.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
50	30 ans.	?	2 mois de prison.	?	30 avril 1896.	Pas d'autre renseignement.
51	30 ans.	Vagabondage.	?	?	4 déc. 1886.	*Imbécillité.* (Rapport du directeur, 1er juillet 1894.) Je résume les informations de ce rapport. Ce malade avait subi 16 condamnations, la première en 1875 à l'âge de 19 ans et la dernière le 22 avril 1886, pour vagabondage, mendicité, rupture de ban, vol et outrage à la pudeur. En novembre 1886, alors qu'il était sous le coup d'une nouvelle inculpation d'outrage à la pudeur, on s'avisa qu'il pouvait être aliéné. Le résultat de l'examen fait à ce point de vue ne laissa aucune place au doute. Il fut reconnu irresponsable, bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut remis à l'autorité administrative pour être placé dans un asile. Il est à peu près certain que l'examen, fait en 1875, eût donné le même résultat et eût évité au malade cette longue série de condamnations et d'emprisonnements.
52	30 ans.	Mutilation d'arbres.	6 mois de prison.	22 juin 1888.	5 déc. 1888.	*Paralysie générale. Embarras de la parole ; tremblement fibrilaire des lèvres et de la langue, idées de richesse. Ces symptômes, qu'il présentait au moment de son transfert, permettent d'affirmer qu'il était atteint à l'époque de la condamnation. C'est évidemment sous l'influence de ces poussées congestives par lesquelles débute le plus souvent la paralysie générale qu'il a commis les actes de violence dont il a rendu compte à la justice. L'expertise médico-légale eût assurément évité cette condamnation.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.) Outre qu'il est regrettable que cette expertise n'ait pas été faite, on ne peut s'empêcher d'être surpris d'une condamnation à six mois de prison pour « mutilation d'arbres ».

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES (*Suite*).			
53	30 ans.	Vol.	1 mois de prison.	?	20 déc. 1885	*Affaiblissement intellectuel. Stigmates de paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
54	30 ans.	Outrages aux agents.	4 mois de prison.	?	5 déc. 1888	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
55	30 ans.	Attentat à la pudeur avec violence.	2 ans de prison.	?	6 oct. 1888	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
56	31 ans.	Escroquerie.	5 ans de prison.	?	27 déc. 1890	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
57	31 ans.	Vol.	3 mois de prison.	1er av. 1887.	4 juin 1887	*Traité une première fois à l'asile, du 21 mai au 30 juillet 1884. Était atteint de délire chronique. A toujours été l'objet de persécutions déterminées par des hallucinations sensuelles. C'est sous l'influence de ces persécutions délirantes qu'il a commis les actes qui ont amené sa condamnation.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.) Il semble que l'on aurait pu, au cours de l'instruction, apprendre que l'inculpé avait été interné trois années auparavant. La connaissance de ce fait eût sans doute déterminé une expertise qui eût éclairé le magistrat sur l'irresponsabilité de ce malade.
58	31 ans.	(1) Vagabondage. (2) Outrages à la magistrature.	(1) 6 mois de prison. (2) 2 ans de prison.	7 nov. 1888.	?	Traduit devant le tribunal pour vagabondage, V... tient dans son interrogatoire des propos absolument insensés. Il dit au Président : « Oui, je m'appelle V... Veux-tu du manger ? » Il crache à terre avec mépris, il se mouche dans ses doigts ; il dit : « Vous pouvez faire ce que vous voudrez ; mais si je trouve quelqu'un au coin du chemin... », et il agite un poing menaçant. Le tribunal le condamne à six mois de prison pour vagabondage et à deux ans de prison pour outrages à la magistrature. A la prison, son état d'exaltation éveille enfin des doutes sur l'intégrité de ses facultés. Il est mis en observation à l'asile. Une expertise médico-légale démontre qu'il est irresponsable. Il est donc maintenu à l'asile, où il est encore dans un état de folie chronique, avec délire maniaque et divagations incohérentes. Il n'y a aucun doute pour le directeur qu'il était aliéné lors de sa condamnation. L'on peut regretter que l'expertise n'ait pas eu lieu antérieurement à cette condamnation si sévère pour un acte si peu explicable. Ce malade avait déjà été condamné une fois pour vagabondage et mendicité. (Résumé du rapport du directeur, en date du 7 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite)*.				
59	31 ans.	Outrage public à la pudeur.	15 jours de prison.	28 août 1888.	6 sept. 1888.	Le médecin en chef est d'avis qu'une expertise médico-légale eût empêché cette condamnation.
60	31 ans.	Escroquerie.	1 an de prison.	?	10 nov. 1888.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
61	31 ans.	Vol.	1 mois de prison.	15 oct. 1886.	31 oct. 1886.	Le directeur de l'asile estime qu'une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
62	32 ans.	Vagabondage.	3 mois et un jour de prison.	11 juil. 1890	4 oct. 1890.	*Idiotie congénitale, glouton ; malpropre. Vie purement animale, aucun sens moral. Vocabulaire très restreint, articulation des mots difficile. Inconscience manifeste. État antérieur à la condamnation. Mort le 16 novembre 1891.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)
63	32 ans.	Vagabondage.	4 mois de prison.	28 fév. 1890.	8 mai 1890.	*Folie avec idées de persécution. Dégénérescence manifeste, physique et intellectuelle. Asymétrie crânienne, exubérance des instincts. Faiblesse d'esprit congénitale. Divagations absurdes. Hallucinations. Réformateur de la société, persécuté, persécuteur. Dangereux, incurable. État antérieur à la condamnation.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)
64	32 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	15 nov. 1886.	13 janv. 1887.	*Dégénéré, imbécile, imbu d'idées religieuses exagérées. Incapable d'aucun travail. Ses parents l'avaient éloigné en le casant comme domestique dans une communauté religieuse où, bien entendu, il n'a pu rester. Son affection mentale étant congénitale, entraînait, à mon avis, l'irresponsabilité.* (Rapports du directeur, 27 juin et 17 juillet 1894.)
65	32 ans.	Assassinat de deux personnes.	Travaux forcés à perpétuité.	?	20 avril 1890.	*Transféré sur certificat du médecin d'un pénitencier agricole ; ce certificat le déclarait atteint d'aliénation mentale et très dangereux. Mis en observation à l'asile pour être dirigé sur Gaillon si l'aliénation mentale était confirmée. Transféré en effet à Gaillon, le 9 juillet 1890. La nature de son affection (lypémanie avec délire des persécutions et idées d'empoisonnement) et le rapport du médecin du pénitencier permettent de supposer qu'il était déjà aliéné lorsqu'il a été condamné.* (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)
66	32 ans.	Vol.	6 jours de prison.	?	12 juil. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
67	32 ans.	Outrages aux agents.	6 jours de prison.	?	20 av. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
68	33 ans.	Rébellion et outrages aux agents.	2 mois de prison.	26 fév. 1890.	30 mars 1890.	*Excitation maniaque avec idées de persécution, agitation.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
69	33 ans.	Escroquerie.	6 mois de prison.	30 avril 1890.	30 mai 1890.	*Paralysie générale, incurabilité.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
70	33 ans.	Escroquerie.	6 mois de prison.	17 fév. 1890	23 juin 1890.	*Débilité mentale avec mauvais instincts; accès de délire mélancolique; rechute certaine à la sortie. Avait déjà été traité à l'asile d'aliénés comme militaire venant des travaux publics.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.) Comment l'instruction n'a-t-elle pas révélé ce traitement antérieur à l'asile ? Connu, il eût sans doute déterminé une expertise, et l'expertise eût sans doute aussi évité la condamnation.
71	33 ans.	Trois tentatives de viol avec menaces de mort.	2 ans de prison.	? 1886.	?	Le père est un homme violent, emporté, mal équilibré. La mère est sujette à des crises congestives avec perte de connaissance. Ce malade s'est depuis longtemps fait remarquer par des actes inconséquents, des vols absurdes. Traduit devant la Cour d'assises pour tentatives de viol, le médecin expert constate l'affaiblissement de son intelligence et déclare que la responsabilité de l'accusé est très atténuée. Néanmoins le jury le déclare coupable et il est condamné à deux ans de prison. Mais, au bout d'un an, il est reconnu quasi-idiot et, sur le rapport du directeur de la prison, il est grâcié. Il fallait l'interner dans un asile ! On ne le fit pas, ou plutôt on ne le fit que lorsqu'il eût commis, sans aucun motif, un double meurtre sur deux jeunes filles, et qu'une expertise eût établi d'une manière indiscutable son irresponsabilité. (Résumé du rapport du directeur, en date du 7 juillet 1894.)
72	33 ans.	Refus d'obéissance, insubordination.	1 an pénitencier. 1 an pénitencier (Conseil de guerre.)	? 1885.	?	*Aliéné héréditaire, totalement.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) Ce malade, mis en observation à l'asile à la suite d'un parricide. a été reconnu irresponsable. L'on a pu reconstituer son histoire. Son grand-père paternel était alcoo'ique ; sa grand' mère maternelle était aliénée. A dix-sept ans, il fit une chute sur la tête et le médecin avertit la famille que l'accident pourrait avoir un retentissement ultérieur sur ses facultés intellectuelles. Engagé volontaire, il se livra au régiment à de telles extravagances qu'un de ses chefs déclara que « il eût été fusillé si l'on n'avait pas reconnu qu'il ne jouissait pas de son bon sens ». On se contenta de lui faire subir ses deux condamnations mentionnées dans la colonne 4. Le directeur qui fournit ces informations ajoute : « *Il est évident que ce malade est depuis fort longtemps aliéné, qu'il eût dû être réformé pendant son service militaire et interné dans un asile. Cette mesure eût empêché le parricide commis par cet inconscient.* » (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES (*Suite*).				
73	33 ans.	Chantage.	1 an de prison.	? 1887.	20 oct. 1888.	Les renseignements au sujet de la condamnation encourue par ce malade ont été fournis par celui-ci au directeur de l'asile.
74	33 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	8 août 1890.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
75	33 ans.	Filouterie.	4 mois de prison.	?	22 janv. 1889.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
76	33 ans.	Escroquerie.	13 mois de prison.	?	9 janv. 1888.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
77	33 ans.	Outrages et mendicité.	2 ans de prison.	?	4 déc. 1886.	*Débilité mentale; idées confuses de persécution.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
78	33 ans.	Insultes à un prêtre dans une église.	5 ans de prison.	?	13 juin 1886.	*Dégénérescence mentale; idées confuses de persécution; excitation passagère à la suite d'excès alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
79	34 ans.	Meurtre.	10 ans de réclusion.	17 mai 1884.	31 août 1889.	*Quoique la condamnation remontât à cinq ans lorsque le malade a été transféré à l'asile, l'affection dont il est atteint (épilepsie avec accès fréquents), étant ordinairement une maladie de l'adolescence, il est probable que si, à l'époque de sa comparution en justice, elle ne se traduisait pas déjà par des accès convulsifs aussi apparents, elle se manifestait du moins par des symptômes suffisants pour ne pas échapper à l'œil exercé d'un médecin aliéniste, qui eût pu les signaler et, par suite, éviter la condamnation.* (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)
80	34 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	14 mai 1886.	26 juil. 1886.	*Transféré à l'asile sur un certificat du médecin en chef d'un hôpital d'Algérie, déclarant, le 6 juillet, le malade atteint d'aliénation mentale remontant à plusieurs mois.* (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)
81	34 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison	14 mai 1886.	19 juil. 1889.	*Délire alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
82	34 ans.	Vol.	6 jours de prison.	?	22 oct. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
83	34 ans.	?	4 mois de prison.	?	4 oct. 1889.	*Délire alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
84	34 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	12 janv. 1888.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
85	34 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	18 oct. 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
86	35 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	3 juin 1886.	*Affaiblissement intellectuel; vertiges épileptiformes; paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
87	35 ans.	Vagabondage.	Très nombreuses condamnations.	?	28 janv. 1889.	*Imbécillité.* (Rapport du directeur 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade ces condamnations.
88	35 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	16 juil. 1886	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
89	35 ans.	Coups et blessures violences.	7 mois de prison.	6 juin 1889.	28 déc. 1889.	*Folie avec idées de persécution. Hallucinations sensorielles entretenant le délire. Il a été condamné pour violences contre des ennemis imaginaires. Evadé le 19 juillet 1891 dans le même état de folie incurable, signalé comme très dangereux. L'acte pour lequel il a été condamné n'a été qu'une manifestation morbide.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)
90	35 ans.	Bris de clôture.	Un an de prison.	22 fév. 1887.	27 mai 1887.	*Dépression mélancolique avec idées de persécution et hallucination de l'ouïe. Tendance à la démence.* Ce malade, écrit le directeur (17 juillet 1894), a été reconnu aliéné trop peu de temps après sa condamnation pour qu'on puisse supposer qu'il était indemne alors, d'autant plus qu'il s'agit d'un état qui évolue d'habitude progressivement. Une expertise était donc indiquée et eût probablement changé la situation.
91	35 ans.	Vagabondage et mendicité.	2 mois de prison.	21 janv. 1888.	16 mars 1888.	*Manie avec agitation intermittente. Imbécillité congénitale persistante. Sens moral peu élevé. Facultés intellectuelles au-dessous du niveau nécessaire à l'existence de la volonté de la conscience et de la raison.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.) Sorti guéri le 19 décembre 1890.

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
92	36 ans.	Coups et blessures.	3 mois de prison.	13 août 1889.	14 nov. 1889.	Ce malade avait été précédemment reconnu irresponsable pour des fait délictueux, mais laissé en liberté. On lit dans une lettre écrite par sa femme : « J'ai toujours eu de la patience, mais cette fois je n'ai pu m'empêcher de porter plainte. Le 13 août 1889, nous allons à la ville. Le procureur me dit : « Je ne croyais plus devoir m'occuper de votre mari, « il a été renvoyé comme irresponsable de ses actes en 1886 pour coups « sur sa mère; en 1887, pour s'être introduit chez un particulier comme « voleur. Je l'ai encore fait visiter par trois médecins ; ils déclarent tous « qu'il a une maladie dans la tête. » Monsieur le procureur a prononcé le terme (le nom) de la maladie en disant au tribunal : « Messieurs, je « demande que vous accordiez une peine assez forte pour qu'il puisse la « faire au chef-lieu. Là, il sera encore visité et l'on pourra le mettre dans « une maison de santé. » (Résumé des renseignements fournis par le directeur de l'asile, en date du 10 juillet 1894.) Ce qu'avait prévu le procureur est, en effet, ce qui s'est passé. Le malade a été reconnu aliéné et interné. Il est fâcheux qu'il ait fallu passer par une condamnation pour en arriver là.
93	36 ans.	Vols.	?	?	17 mai 1889	Le directeur actuel n'était pas encore à l'asile lorsque ce malade est mort. Les informations qu'il a trouvées dans le dossier sont telles qu'il écrit le 28 juin 1894 : *Je suis porté à croire qu'on peut établir une relation plus étroite qu'une simple coïncidence entre la folie de ce malade et les crimes ou délits pour lesquels il a été condamné.*
94	36 ans.	Vol.	6 mois de prison.	29 oct. 1889.	15 nov. 1889	Le médecin en chef est d'avis qu'une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
95	36 ans.	Outrages aux magistrats dans l'exercice de leurs fonctions.	2 ans de prison.	?	6 oct. 1888	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
96	36 ans.	Filouterie.	2 mois de prison.		3 fév. 1887	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
97	37 ans.	Filouterie et coups.	3 mois de prison.	?	19 av. 1886	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.
98	37 ans.	Outrages publics.	5 mois de prison.	11 oct. 1888	7 déc. 1888	*Délire.* Ce malade est actuellement tombé en démence. *Ma conviction est,* écrit le directeur, *qu'il n'eût pas comparu en justice s'il eût été examiné.*

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite)*.			
99	37 ans.	Mendicité.	4 mois de prison.	7 nov. 1889.	18 janv. 1890	*Reconnu aliéné par le médecin de la prison. Reconnu, par le médecin directeur de l'asile, atteint de manie, avec idées de persécution, hallucination de l'ouïe, trouble de la sensibilité générale et résistance à l'alimentation.* (Rapport du directeur, 23 juin 1894.) Transféré dans un autre asile, dont le directeur écrit (10 août 1894) : *L'affection mentale de cet homme datait de longtemps ; il était, selon moi, déjà malade quand il a été condamné.*
100	37 ans.	Vol.	4 mois de prison.	?	20 mars 1889.	*Délire mélancolique, idées de persécutions, affaiblissement des facultés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
101	37 ans.	Abus de confiance.	8 mois de prison.	?	14 fév. 1890.	*Débilité mentale.* Rapport du directeur, 2 juillet 1894).
102	37 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	9 nov. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
103	37 ans.	?	2 mois de prison.	?	19 sept. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
104	37 ans.	Escroquerie.	?	?	3 sept. 1886.	*Mélancolie.* (Rapport du directeur, du 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
105	37 ans.	Vol.	1 an de prison.	8 fév. 1889.	23 juin 1889.	*Ce malade nous a été amené en proie aux dernières manifestations d'un violent accès de manie aiguë épileptique. D'après les renseignements consignés au registre, c'est un vieil épileptique ayant eu déjà de fréquents accès, souvent suivis d'accès d'agitations des plus violents, même de folie furieuse.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)
106	37 ans.	Vagabondage et mendicité.	2 mois de prison.	15 oct. 1886.	31 oct. 1886	Le médecin en chef pense qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation.
107	37 ans.	Blessures volontaires.	2 ans de prison et 2 ans d'interdiction de séjour.	?	6 oct. 1888	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
108	37 ans.	Vols.	13 mois de prison.	?	6 oct. 1888	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
109	37 ans.	Coups et blessures.	6 mois de prison.	?	1er oct. 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
110	37 ans.	Filouterie.	1 mois de prison.	?	8 juin 1888.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
111	37 ans.	?	1 an de prison.	?	22 mars 1887.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
112	38 ans.	Fraude envers un restaurateur.	6 mois de prison.	18 juin 1887.	18 déc. 1887.	*Ce malade, atteint de débilité, a subi huit condamnations, dont six pour filouterie d'aliments. Un de ses cousins écrivait le 11 décembre 1887 : « Mon parent est irresponsable de ses actes aux termes des certificats de « médecins. Plusieurs fois déjà il a été condamné pour escroquerie d'ali- « ments. Il voyage errant, demandant à manger quand il est poussé par « la faim ; s'il n'a pas d'argent, il offre ses vêtements pour s'acquitter ; « après quoi il fait un escroc et se fait prendre par la justice.* » (Rapport du directeur, 10 juillet 1894.)
113	38 ans.	Vol.	3 mois de prison.	9 mai 1888.	27 mai 1888.	*Paralysie générale. D'après les notes médicales, consignées au registre, ce malade aurait volé, sans précaution aucune, deux méchants chandeliers en cuivre, sans valeur. Il est arrêté, jugé, condamné, conduit en prison. Là on constate qu'il est aliené. Dès son premier mot, on ne pouvait douter qu'il était paralytique depuis plus d'une année. Il est mort, le 1er décembre, de marasme paralytique.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)
114	38 ans.	Vagabondage et falsification de livret et de certificats.	4 mois de prison et relégation perpétuelle.	9 déc. 1886.	7 août 1888.	*Démence vésanique consécutive à des troubles intellectuels anciens. Delire des persécutions qui paraît très ancien. Sous cette influence, le malade se déplace sans cesse. Incohérence dans ses propos et dans ses actes. Parfois refus de nourriture ; hallucinations de l'ouïe et de la vue. Antécédents héréditaires. A subi onze condamnations de 1874 à 1886. Etait-il déjà aliéné en 1876, lors de sa première condamnation ? On peut le supposer, mais nous n'avons à cet égard aucune donnée certaine. Tandis qu'il paraît démontré qu'il est malade depuis 1876.* (Rapports de deux directeurs, 16 juin et 7 août 1894.) Or, depuis 1876, il a subi dix condamnations dont six pour vagabondage, deux pour vols, une pour coups, une pour bris de clôture. Sa correspondance est celle d'un fou.
115	38 ans.	Mendicité.	15 jours de prison.	?	16 av. 1886.	*Alcoolisme.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
116	38 ans.	Vol.	1 mois de prison.	?	11 juin 1890.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite)*.				
117	38 ans.	?	5 mois de prison.	?	5 avril 1890.	Pas d'autre renseignement.
118	38 ans.	Abus de confiance.	?	?	28 avril 1890.	Pas d'autre renseignement.
119	38 ans.	Vol.	3 mois de prison.	12 juil. 1888.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, du 2 juillet 1894.)
120	38 ans.	Vol.	1 mois de prison.	28 juin 1887.	?	*Affaiblissement des facultés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
121	39 ans.	Vol.	3 mois de prison.	15 mai 1886.	?	*Affaiblissement intellectuel; conscience incomplète de ses actes; vols répétés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
122	39 ans.	Vagabondage.	6 jours de prison.	8 août 1890.	19 août 1890.	*Paralysie générale progressive.* (Certificat du médecin de la maison d'arrêt). *Un examen médico-légal eût évité à ce malade cette condamnation.* (Rapport du directeur, 30 juin 1894.)
123	39 ans.	Vol.	6 mois de prison.	22 fév. 1888.	9 déc. 1887.	*Epilepsie Jacksonnienne, ou tic localisé avec impulsions instinctives, faiblesse de l'intelligence et antécédents héréditaires très chargés. Certainement ce malade était déjà irresponsable lorsqu'il a commis l'acte pour lequel il a été condamné.* (Rapports du directeur, 9 juin et 17 juillet 1894.)
124	39 ans.	?	3 mois de prison.	2 fév. 1890.	5 déc. 1889.	*Accès de manie chronique avec mégalomanie et hallucinations de l'ouïe, remontant à près d'un an avant sa condamnation. Il était nettement aliéné au moment de sa condamnation et présentait alors un accès de manie très caractérisé qui était la cause indiscutable de l'acte incriminé.* (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.)
125	39 ans.	?	4 mois de prison.	24 janv. 1886.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
126	39 ans.	Faux.	10 ans de prison.	27 juin 1889.	?	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
127	39 ans.	Vol.	?	?	7 sept.	Pas d'autre renseignement.
128	39 ans.	Vol.	1 mois de prison.	26 nov. 1889.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
129	39 ans.	Vol.	2 mois de prison.	26 juil. 1887	?	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
130	39 ans.	Vagabondage.	1 mois de prison.	5 av. 1887.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894).
131	40 ans.	Vol.	3 mois de prison.	25 juin 1890.	?	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
132	40 ans.	Vol.	6 mois de prison.	2 av. 1890.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
133	40 ans.	Vol.	4 mois de prison.	3 juil. 1888.	?	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
134	40 ans.	Mendicité, outrages et menaces aux agents.	6 mois de prison.	9 juil. 1890.	13 mars 1890.	*Etait manifestement aliéné et irresponsable au moment où il a commis le délit pour lequel il fut condamné à six mois de prison.* (Rapport du directeur, 28 juillet 1894.)
135	40 ans.	Escroquerie.	6 mois de prison.	5 av. 1890.	24 mai 1890.	*Paralysie générale, incurabilité.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
136	40 ans.	Mendicité.	3 mois de prison.	12 mai 1888.		*Accès furieux de délire alcoolique. Interrogé à l'asile, il ne s'expliquait pas qu'ayant de l'argent en poche il ait pu mendier. En 1886, il avait sauté un deuxième étage, chute suivie de perte de connaissance et de mémoire. L'état de folie était antérieur à la condamnation. Sorti guéri le 4 septembre 1888.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.) Cet individu est donc pourvu d'un casier judiciaire. Et que peut-il devenir, à quarante-deux ans, avec un casier judiciaire ? Or, il semble bien, d'après les termes de ce rapport, que ce malheur eût pu lui être épargné.
137	40 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	30 août 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
138	40 ans.	Outrages et rébellion.	2 mois de prison.	?	6 oct. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
139	41 ans.	Incendie.	5 ans de réclusion.	?	23 mai 1888.	*Imbécillité; idées confuses de persécution. Mort le 29 juin 1890.* (Rapports du directeur, 28 juin et 16 juillet 1894.) Malgré une demande d'informations complémentaires, les renseignements sont restés très insuffisants. Si ce malade figure sur cet état, c'est que le directeur, dans son second rapport, dit : *La nature de la maladie mentale démontre que ce delinquant était aliéné avant sa condamnation.*

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite)*.				
140	41 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	30 oct. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
141	41 ans.	Escroquerie.	4 mois de prison.	?	2 déc. 1887.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
142	41 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	18 mai 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
143	41 ans.	?	6 mois de prison.	?	12 août 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
144	41 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	29 juil. 1886.	*Dépression mélancolique qui paraît causée par une condamnation récente.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1892.)
145	41 ans.	Filouterie.	2 mois de prison.	?	6 mars 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
146	42 ans.	Vol.	2 condamnations.	?	2 juil. 1887.	*Imbécillité.* (Rapports du directeur, 28 juin et 16 juillet 1874.) Les détails sur ce cas sont fournis d'une manière très incomplète. Mais dans son second rapport, le directeur dit expressément : *La nature de la maladie mentale montre que ce delinquant était aliéné avant sa condamnation.*
147	42 ans	Mendicité.	3 mois de prison.	26 mars 1890.	29 mars 1890.	*Démence : perte de la mémoire ; nulle conscience de sa situation ; incurabilité. Ce malade a certainement agi sous l'influence de la maladie.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
148	42 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	11 juin 1890.	27 juil. 1890.	Le médecin en chef pense qu'une expertise médico-légale eût évité cette condamnation.
149	42 ans.	Vol.	4 mois de prison.	2 mars 1886.	14 mars 1886.	*Paralysie générale. Mort le 28 août 1887. Etait évidemment malade déjà lors du vol pour lequel il a été condamné, condamnation qu'une expertise médico-légale eût évitée.* (Rapport du directeur, 29 juin 1894.)
150	42 ans.	Filouterie d'aliments.	4 mois de prison.	20 mars 1890.	26 av. 1890.	Entré à l'asile atteint de manie. La conviction du directeur est qu'il était irresponsable au moment de l'acte délictueux, et qu'un examen médico-légal eût évité la condamnation. Sorti guéri le 7 avril 1891. A donc un casier judiciaire.

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		I. — HOMMES (*Suite*).				
151	42 ans.	Vol.	6 mois de prison.	29 avril 1889.	3 juin 1889.	*Paralysie générale. Mort le 13 août 1889. Il est évident que ce malade n'eût pas été condamné s'il avait été examiné par un médecin.* (Rapport du directeur, 5 juillet 1894.)
152	42 ans.	Vol.	1 mois de prison.	?	18 oct. 1887.	*Débilité mentale. Epilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
153	42 ans.	Mendicité.	6 mois de prison.	?	1er av. 1886.	*Affaiblissement intellectuel. Idées confuses de persécution.* (Rapport du directeur, 5 juillet 1894.)
154	42 ans.	Grivèlerie, menaces d'incendie.	4 mois de prison.	1887.	?	*Pendant son service militaire, le malade a subi deux condamnations, l'une pour refus d'obéissance, l'autre pour abandon de son poste. Depuis 1887, il a, dit-il, subi 22 condamnations civiles. Il dit que son père ayant été victime d'une condamnation injuste, n'a pas voulu lui être supérieur et humilier sa mémoire en gardant un casier judiciaire intact. Le médecin de la maison d'arrêt le déclare atteint de la folie des grandeurs. Or cette forme est essentiellement chronique : le délire des grandeurs n'est primitif que chez les alcooliques et les paralytiques généraux. Ce malade était manifestement aliéné et irresponsable à l'époque où il a subi sa condamnation. Il aurait même dû, depuis fort longtemps, être placé dans un asile.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.)
155	43 ans.	Filouterie d'aliments.	6 mois de prison.	16 fév. 1888	17 mai 1888.	*Manie chronique avec tendance à la démence. La comparution en justice eût été évitée s'il eût été préalablement soumis à un examen médico-légal.* (Rapport du directeur, 29 juin 1894.)
156	43 ans.	Vol.	15 jours de prison.	?	3 av. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
157	43 ans.	Vol.	1 mois de prison.	?	10 déc. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
158	43 ans.	Outrage à la pudeur, violences et voies de fait.	4 mois de prison.	?	27 mars 1886.	*Excitation maniaque. Idées confuses de persécution.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
59	44 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	9 juil. 1889.	31 juil. 1889.	*Paralysie générale. Etait aliéné au moment de sa condamnation. La paralysie n'avait pu se développer ainsi en l'espace d'une vingtaine de jours.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite)*.			
160	44 ans.	Vol.	4 mois de prison (Marseille).	9 nov. 1886.	15 fév. 1887.	*Paralysie générale progressive; affection incurable. C'est très certainement sous l'influence de son état mental pathologique qu'il a commis le vol pour lequel il a été condamné.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
161	44 ans.	Vol.	15 jours de prison.	?	19 fév. 1890.	*Délire alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
162	44 ans.	Abus de confiance.	3 mois de prison.	?	13 juin 1889.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
163	44 ans.	Mendicité.	6 mois de prison.	?	5 av. 1887.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
164	44 ans.	Vol.	13 mois de prison.	?	5 mars 1886.	*Déjà traité dans deux autres asiles. Affaiblissement intellectuel. Conscience incomplète de ses actes.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.) Ne pouvait-on pas, avant de condamner ce malade à treize mois de prison, se mettre en mesure de connaître ses antécédents?
165	44 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	11 déc. 1890.	*Affaiblissement des facultés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
166	45 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	8 sept. 1888	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
167	45 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	30 av. 1889.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894).
168	45 ans.	Vol.	1 an de prison.	?	8 av. 1889.	*Affaiblissement des facultés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
169	45 ans.	Vol.	15 jours de prison.	?	14 juil. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
170	46 ans.	Mendicité avec menaces.	4 mois de prison.	12 juin 1890.	13 juil. 1890.	*Paralysie générale. Mort le 8 janvier 1891. Inutile de chercher à prouver que ce malade était irresponsable et n'eût pas dû être condamné.* (Rapport du directeur, 29 juin 1894.)
171	46 ans.	Vagabondage et vol.	6 mois de prison.	6 fév. 1891.	29 av. 1891.	*Paralysie générale, qui suivit sa marche progressive. Le malade mourut en marasme le 8 mars 1892. Il est évident que ce malade était en pleine paralysie générale à l'époque de sa condamnation et qu'une expertise médico-légale la lui eût évitée.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894).

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite)*.			
172	46 ans.	Escroquerie.	5 ans de prison.	8 mars 1888	19 fév. 1889.	*Grande hystérie très ancienne. Nous n'hésitons pas à penser que ce malheureux a été victime d'une erreur judiciaire.* (Rapports de deux directeurs, 16 juillet et 7 août 1894.) Le médecin de la prison, interrogé, a dit qu'il se souvenait de ce détenu *comme d'un déséquilibré.* Son avocat, aujourd'hui greffier d'un important tribunal civil, écrit: *Quant à moi, mes souvenirs sont plus exacts. Par les rapports des docteurs qui étaient joints au dossier, j'etais arrive à me convaincre que ce prévenu était irresponsable, et que toutes les fois qu'il serait libre, il commettrait de nouveaux vols. Un premier jugement avait reconnu cette vérité, et avait prononcé l'internement dans un asile d'alienés. Mais ce malheureux s'étant sauvé de l'asile où il avait été enfermé et ayant commis de nouveaux vols, la Cour n'a pas voulu admettre qu'il fût irresponsable.* Le médecin chef de la prison déclare que « *dès 1887, ce malade était traité à l'infirmerie de la prison pour accidents paralytiques analogues à ceux qu'il a offerts depuis.* » Il avait été traité pour une affection cérébro-spinale à l'hôpital de Tunis. A la prison, après sa condamnation de 1888, il avait tous les huit ou dix jours des convulsions hystéro-épileptiques. On le renvoie de la prison à l'asile, où il arrive *dans un état de délabrement intellectuel et moral considérable. Il présente de la parésie des membres inférieurs. Il est affaibli sous tous les rapports; sa mémoire est obtuse, il est incapable de répondre aux questions.* (Rapports susvisés.) Ce malade a, de 1878 à 1888, subi six condamnations pour escroquerie ou pour vol de six mois, à un an, à quatre mois, à quinze mois, à cinq ans, et encore à cinq ans d'emprisonnement. Il appartient à une famille honorable. Il a été ingénieur, conseiller de préfecture, chef de cabinet de préfet. *Il est instruit, a des manières distinguées et une délicatesse d'allures en contradiction absolue avec la série de faits qui ont motivé ses condamnations successives. (Ibid.)* Il n'a pour parent qu'une sœur, personne très considérée, entièrement dévouée à son frère qu'elle regarde comme tout à fait irresponsable. *Depuis 1876*, écrit-elle (c'est-à-dire antérieurement à sa première condamnation), *son organisation a subi des crises nombreuses.* Le directeur de l'asile, s'appuyant sur ces faits qui lui paraissent décisifs, a fait, en 1890, une demande en grâce en faveur de ce malade; cette demande n'a pas abouti. En 1893, ce malade s'est évadé de l'asile. Qui sait si depuis il n'a pas subi de nouvelles condamnations?
173	46 ans.	Vagabondage.	1 mois de prison.	9 août 1887.	26 août 1887.	Le médecin en chef pense que l'expertise médico-légale aurait évité cette condamnation.

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite)*.				
174	46 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	?	26 juin 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
175	46 ans.	?	Prison de la Santé.	?	6 déc. 1890.	*Délire alcoolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
176	46 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	4 oct. 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
177	46 ans.	Filouterie.	6 mois de prison.	?	15 mai 1886.	*Léger affaiblissement intellectuel avec idées de satisfaction. Nombreuses filouteries.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.) Sans doute des filouteries d'aliments si fréquentes chez les aliénés.
178	46 ans.	Mendicité, violences.	2 mois de prison.	?	7 av. 1886.	*Alcoolisme subaigu, dépression mélancolique, épilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
179	47 ans.	Vol.	6 mois de prison.	8 janv. 1890.	23 av. 1890.	*Délire chronique avec hallucination de l'ouïe, prédominance d'idées ambitieuses.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
180	47 ans.	Vol et abus de confiance.	4 mois de prison.	16 av. 1887.	16 mai 1887.	*Paralysie générale. Entré à l'asile dans le troisième degré de la maladie, marasme paralytique, gâtisme. Ce malade est mort le 13 janvier 1888. La durée moyenne de la maladie étant classiquement de trois ans environ, cet homme était certainement très gravement atteint lors de sa condamnation.* (Rapports du directeur, 26 juin et 16 juillet 1894.)
181	47 ans.	Outrages aux agents.	15 jours de prison.	?	20 août 1887.	*Débilité mentale, alcoolisme.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
182	47 ans.	Vagabondage.	4 mois de prison.	?	21 mars 1886.	*Excitation maniaque, alcoolisme.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
183	48 ans.	Vol qualifié.	Six ans de réclusion, dix ans d'interdiction de séjour.	3 janv. 1884.	8 juin 1890.	*Folie héréditaire. Dégénérescence mentale avec idées de persécution. Craintes d'empoisonnement et impulsion au vol et au meurtre. Mort à l'asile, le 31 juillet 1892.* (Rapports du directeur, 25 juin et 16 juillet 1894.) Malgré une demande d'information complémentaire, les renseignements sont restés insuffisants. Si ce malade figure sur cet état malgré le long intervalle entre la condamnation et l'entrée à l'asile, c'est que le directeur, dans son second rapport, écrit : *La nature de la maladie mentale démontre que ce délinquant était aliéné avant sa condamnation.*

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
184	48 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	21 déc. 1887.	*Alcoolisme chronique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
185	49 ans.	Mendicité.	15 jours de prison.	?	7 août 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
186	49 ans.	Ivresse manifeste.	6 jours de prison.	23 juin 1885.	22 nov. 1886.	*Alcoolisme avec parésie des extrémités inférieures. Il est vrai*, écrit le directeur (rapport du 17 juillet 1894), *que ce malade n'a été condamné qu'à six jours de prison. Mais l'ivresse est facile chez un alcoolique, et celui-ci ne peut être responsable d'excès vers lesquels il a été poussé d'une manière irrésistible. Dans le cas présent, une expertise médico-légale eût donc évité une condamnation et provoque l'internement dans un asile, un an plus tôt.* Je donne cette appréciation de ce directeur, tout en estimant qu'elle doit être atténuée, et je trouve cette atténuation bien exprimée dans le rapport d'un de ses collègues : *Les malades atteints d'alcoolisme aigu ou subaigu ont pu être atteints de manifestations delirantes pendant leur incarcération et avoir été responsables au moment de l'acte incriminé. Leur vice ne saurait les excuser d'une manière absolue; même lorsqu'ils sont en état d'ivresse, lorsqu'avant de s'abandonner à leur passion ils jouissaient de la plénitude de leurs facultés.*
187	50 ans.	Rébellion.	2 mois de prison.	?	28 av. 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-legale eût évité à ce malade cette condamnation.
188	50 ans.	?	?	?	25 av. 1888.	Le directeur ne dit que ceci à propos de ce malade après l'avoir inscrit sur son état : *Est venu directement de la prison à l'asile; très nombreuses condamnations.*
189	50 ans.	Abus de confiance.	2 mois de prison.	?	24 sept. 1888.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
190	50 ans.	Filouterie.	3 mois de prison.	?	9 mai 1888.	*Epilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
191	50 ans.	Escroquerie.	4 mois de prison.	?	11 mai 1887.	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
192	51 ans.	Vol.	3 mois de prison.	18 oct. 1887.	8 nov. 1887.	*Ce malade nous a été amené en proie à un violent accès d'agitation maniaque. L'etat de folie était antérieur à l'acte incriminé. Mort le 14 novembre de manie aiguë et d'épuisement nerveux.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.) Ce malade, condamné à trois mois de prison pour vol, a donc été transféré à l'asile vingt jours après sa condamnation et est mort moins de deux mois après cette condamnation.

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
193	51 ans.	Filouterie.	6 jours de prison.	?	3 déc. 1888.	*Dégénérescence mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
194	52 ans.	Vente de vin falsifié.	6 jours de prison.	?	14 mai 1886.	*Alcoolisme chronique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
195	52 ans.	?	6 jours de prison.	?	3 mars 1886.	*Affaiblissement intellectuel, idées confuses de grandeur, inégalité pupillaire* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
96	52 ans.	Escroquerie.	5 ans de prison, 5 ans de surveillance et 3,000 francs d'amende.		26 fév. 1887.	*Alcoolisme chronique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
197	52 ans.	?	2 mois de prison.	?	27 août 1890.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
198	52 ans.	Mendicité.	1 mois de prison.	?	8 juil. 1889.	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef une expertise médico-légale eût évité à ce malade cette condamnation.
199	52 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	31 mars 1887.	*Léger affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.) Si, malgré cette qualification de son état mental, le directeur de l'asile a porté ce malade sur son état, c'est donc qu'il estimait que le condamné était irresponsable au moment de sa condamnation.
200	52 ans.	Vagabondage.	5 mois de prison.	21 oct. 1887.	15 mars 1888.	*Débilité intellectuelle avec impulsions irrésistibles; état congénital aggravé par l'alcoolisme.* (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.) Le malade appartient à une famille très honorable. A l'âge de dix ans, il avait déjà des obsessions. Tout jeune, il avait fait un court séjour dans une maison de santé privée, où il avait été soigné pour un accès de folie morale. A l'âge de dix-sept ans, il avait fait un autre séjour dans un asile d'aliénés (du 4 octobre 1853 au 5 janvier 1854). Au régiment, des actes d'insubordination le firent passer au Conseil de guerre où il fut condamné. Sa peine achevée, il fut envoyé en Afrique. Rentré dans la vie civile, il subit quarante-trois condamnations pour vagabondage. *Comme tous les aliénés atteints de folie morale, écrit le directeur, ce malade ne manifestait sa folie que par ses actes. Quand on l'interrogeait, il parlait et raisonnait d'une façon suivie, ce qui explique les nombreuses condamnations qu'il a subies.* Mais, ce qui ne s'expliquerait pas, ajouterons-nous, si, dès la première poursuite, il avait été examiné par un médecin compétent.

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			I. — HOMMES *(Suite).*			
201	52 ans.	Vols.	6 mois de prison.	13 fév. 1888.	1er juil. 1888.	*Paralysie générale. Entré à l'asile en état de démence incurable. Mort le 25 janvier 1891. Était certainement atteint lors de sa condamnation.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)
202	52 ans.	Vagabondage.	4 mois de prison.	30 mars 1886.	30 mai 1886.	*Faible d'esprit. Atteint de démence avec excitation maniaque. Ce malheureux a, de 1853, alors qu'il avait dix-neuf ans, à 1886, subi 27 condamnations pour vols, mendicité, vagabondage et rupture de ban.* (Rapport du directeur, 10 juillet 1894.)
203	53 ans.	Vol et outrages.	3 mois de prison. .	?	26 mai 1889.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
204	54 ans.	Mendicité et vagabondage.	6 mois de prison.	20 fév. 1890.	?	Cet individu, atteint de manie chronique incurable et absolument incohérent dans ses propos, est admis d'office à l'asile en 1871. Il était alors âgé de trente-trois ans. Il s'évade le 13 novembre 1880. Le 12 janvier 1881, il est condamné à deux jours de prison pour vagabondage. Le 12 décembre 1881, pour vagabondage, à un mois de prison. Le 26 juin 1883, pour vagabondage et mendicité, à un mois. Le 21 septembre 1883, pour outrages aux magistrats, à six mois. Le 29 juillet 1884, pour vagabondage, mendicité et outrages, à un mois. Le 13 novembre 1884, pour vagabondage, mendicité et outrages, à un mois. Le 16 janvier 1885, pour vagabondage et mendicité, à un mois. Le 13 mai 1885, pour vagabondage et mendicité, à quatre mois. Le 10 décembre 1885, en Cour d'appel, pour mendicité et outrages, à six mois. En juillet 1887, il est de nouveau arrêté et incarcéré. On s'avise enfin de l'examiner. Le médecin expert constate qu'il est atteint de manie incohérente et doit être soigné dans un asile. Il est réintégré d'office, le 5 août 1887, dans celui où il avait été interné en 1871. Il s'évade le 28 novembre 1887. Il est condamné le 12 décembre 1887, pour vagabondage, à quinze jours de prison. Le 21 mars 1888, par une Cour d'appel, à un mois de prison pour outrages. Le 6 février 1889, à six mois pour mendicité et outrages. Le 20 février 1890, à six mois pour mendicité et outrages. Le 10 septembre 1891, il est séquestré dans un asile d'aliénés et, de là, encore réintégré d'office dans l'asile où il avait été placé en 1871. Il s'est évadé le 17 juillet 1893. S'il est ramené, pour la quatrième fois, dans ce même asile, il faut espérer qu'il y sera plus exactement surveillé.

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		I. — HOMMES *(Suite).*				
205	54 ans.	Outrage public à la pudeur.	6 mois de prison.	14 mai 1879.	2 mai 1889.	Le 28 août 1893, il est condamné à six mois de prison pour mendicité et outrages. Le 31 mai 1894, il est condamné à 50 francs d'amende pour contravention à la police des chemins de fer. Bien que ce malade ne soit entré à l'asile que longtemps après sa condamnation, le directeur croit pouvoir affirmer que lors de cette condamnation il était déjà aliéné et irresponsable. *Il est,* dit-il, *atteint d'imbécillité avec perversion instinctive. Cet état est nécessairement congénital. Il eût pu être constaté à l'époque où le condamné a commis les délits et ce malade eût été placé immédiatement dans un asile, si, étant en état de prévention, il avait été soumis à une expertise médico-légale.* (Rapport du directeur, 29 juillet 1894.)
206	54 ans.	Outrages aux mœurs.	3 mois de prison.	?	10 oct. 1890.	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur. 2 juillet 1894.)
207	55 ans.	Vol.	6 mois de prison.	?	22 avril 1887.	*Affaiblissement intellectuel.* (Rapport du directeur. 2 juillet 1894.)
208	55 ans.	Vagabondage.	4 mois de prison.	3 août 1888.	28 sept. 1888.	*Paralysie générale. Entré à l'état de démence incurable. Très certainement malade lors de l'acte pour lequel il a été condamné. Mort le 14 mars 1889.* (Rapports du directeur, 26 juin et 15 juillet 1894.)
209	55 ans.	Outrages et rébellion.	2 mois de prison.	?	19 juin 1889.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
210	56 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	10 déc. 1887.	*Débilité mentale ; idées de persécution.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.
211	56 ans.	Bris de clôture et vagabondage.	1 mois de prison.	?	24 déc. 1887.	Pas d'autres renseignements.
212	56 ans.	?	Très nombreuses condamnations.	?	31 mai 1887.	*Alcoolisme chronique.* (Rapport du directeur, 7 juillet 1894.) D'après l'avis du médecin en chef, une expertise médico-légale eût évité ces condamnations.
213	57 ans.	Vol.	4 mois de prison.	12 juin 1890.	13 juil. 1890.	*Démence.* Est encore à l'asile. Le directeur est convaincu *qu'il n'eût pas été condamné si une expertise médico-légale eût été faite.* (Rapport du directeur, 29 juin 1894.)
214	59 ans.	Vagabondage.	6 mois de prison.	?	2 mai 1888.	*Démence.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
			I. — HOMMES (*Suite*).			
215	62 ans.	Vol.	3 mois de prison.	26 mars 1890.	24 mai 1890.	*Paralysie générale. Était malade au moment de sa condamnation. Il est entré à l'asile à une période avancée du mal, qui n'a pu se développer à ce point en deux mois.* (Rapport du directeur, 26 juin 1894.)
216	63 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	5 nov. 1890.	19 nov. 1890.	*Démence avec agitation, faiblesse physique, gâtisme. Le 12 novembre, sept jours après sa condamnation, le médecin de la prison constatait son état d'aliénation mentale et demandait son admission immédiate à l'asile, « parce qu'il cassait tout dans sa cellule et qu'il était très dangereux ». Ce malade habitait avec sa femme au chef-lieu du département. D'après les renseignements que j'ai pu obtenir de lui, il se serait échappé de chez lui et se serait mis à errer au hasard. Il aurait été déjà, autrefois, soigné dans un asile. Il est donc très probable que, dément et surexcité lors de son départ de chez lui, il a été arrêté et condamné comme vagabond, alors qu'un examen attentif de son état mental l'eût fait diriger sur un asile d'aliénés.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)
217	63 ans.	Outrage public à la pudeur.	6 mois de prison.	15 oct. 1886.	1er juil. 1890.	*Délire partiel. Idées de persécution. Idées de grandeur. Hérédité collatérale. Une sœur de son père était alcoolique et névropathe. Dans le cas de ce malade, une expertise médico-légale eût certainement éclairé la situation.* (Rapports du directeur, 29 juin et 17 juillet 1894.)
218	63 ans.	Vol et mendicité.	2 mois de prison.	?	1er juin 1886.	*Affaiblissement intellectuel avec excitation; propos incohérents.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
219	64 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	14 août 1888.	*Démence sénile.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
220	65 ans.	Vagabondage.	3 mois de prison.	?	25 mai 1886.	*Affaiblissement intellectuel. Dépression mélancolique. Habitudes alcooliques anciennes.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
221	67 ans.	Violences, outrages, rébellion.	8 ours de prison.	?	28 mars 1886.	*Affaiblissement intellectuel; propos incohérents.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
222	73 ans.	Outrage à la pudeur.	Prison.	?	9 août 1890.	Pas d'autre renseignement.
223	74 ans.	Attentat à la pudeur.	1 mois de prison.	?	11 oct. 1888.	*Démence sénile.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
			II. — FEMMES			
224	12 ans.	?	?	?	23 août 1889.	*Épilepsie. Plusieurs crises par jour dangereusement durables.*
225	16 ans.	Bris de clôture.	?	17 mai 1887.	4 déc. 1889.	*Folie morale. Hystérie grave. Crises quotidiennes, état cataleptique. C'est pour obéir à ses irrésistibles impulsions destructives qu'elle a commis les actes qui l'ont fait condamner.* *J'ai compris dans ce relevé ces trois jeunes filles, bien que la date d'entrée à l'asile soit assez éloignée de celle de la condamnation, parce que l'état mental de ces jeunes filles avait certainement été méconnu au moment du jugement.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
226	17 ans.	Abus de confiance, escroquerie.	?	29 avril 1887.	26 avril 1889.	*Folie hystérique.*
227	22 ans.	Vol.	15 mois de prison.	?	13 avril 1886.	*Débilité mentale; alternatives d'excitation et de dépression; accidents hystériques.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
228	23 ans.	O. du bureau de prison.	15 jours de prison.	?	17 juin 1889.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, du 2 juillet 1894.)
229	24 ans.	Suppression d'enfant.	8 mois de prison.	21 juin 1888	23 juil. 1888.	*Hystéro-épilepsie. Le médecin de la prison déclare que, dès son entrée à la maison d'arrêt, elle a donné des signes, sinon d'aliénation mentale complete, au moins de trouble intellectuel bizarre. Sortie guérie le 4 mars 1889.* (Rapports du directeur, 5 et 19 juillet 1894.)
230	26 ans.	Vol.	3 mois de prison.	12 oct. 1888.	26 oct. 1888.	*Lypémanie avec agitation.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.) Le directeur estime *qu'une expertise médico-légale confiée à des aliénistes de métier eût eclairé le tribunal sur la situation d'irresponsabilité de cette malade.*
231	26 ans.	Vol.	1 an de prison.	?	16 mai 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
232	28 ans.	Vol.	13 mois de prison.	?	16 juin 1886.	*Délire mélancolique; tentations de suicide.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
233	30 ans.	Vol.	8 mois de prison.	?	19 janv. 1888.	*Épilepsie.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
234	30 ans.	Vol.	8 mois de prison.	?	14 oct. 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		II. — FEMMES *(Suite)*.				
235	30 ans.	?	2 mois de prison.	?	14 oct. 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
236	31 ans.	Vol.	2 mois de prison.	9 mai 1887.	22 juin 1887.	*Paralysie générale confirmée déjà ancienne. L'expertise médico-légale, même faite par un médecin peu expérimenté, eût très certainement empêché la condamnation.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)
237	32 ans.	Meurtre.	15 ans de travaux forcés.	26 mars 1886.	5 juil. 1886.	*La nature de cette femme tenait de la bestialité. Tout sentiment d'affection lui était inconnu, sauf ceux que les appétits sensoriels developpaient à l'endroit de l'homme. Elle eût dû faire l'objet d'une expertise médico-légale.* (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)
238	33 ans.	Vol.	2 ans de prison.	25 janv. 1886.	14 août 1886.	*D'une intelligence très obtuse, riant ou pleurant sans motif, sujette à des crises nerveuses. Incapable de tout travail, elle avait recours au vol pour se procurer des ressources pour elle et son enfant. Elle offrait un état de désordre mental qui aurait dû éveiller l'attention de la magistrature, et susciter une intervention médico-légale.* (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)
239	34 ans.	Filouterie et vagabondage.	3 mois de prison.	?	19 juil. 1886.	*Debilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
240	35 ans.	Vol et outrages envers les magistrats.	6 mois de prison.	26 juin 1889.	9 nov. 1889.	*Folie impulsive avec idées homicides, violente agitation diurne et nocturne avec idées de persécution.* (Rapport du directeur de l'asile, 25 juin 1894.)
241	35 ans.	Vol.	2 mois de prison.	?	9 déc. 1886.	*Excitation maniaque.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
242	36 ans.	Coups et blessures ayant occasionné la mort de sa mère.	15 ans de travaux forcés.	9 mai 1881.	7 nov. 1887.	D'une intelligence très bornée, ayant subi une contamination syphilitique, présentant des phénomènes d'hystéro-épilepsie presque immédiatement après son incarcération, et, en 1882, une hémiplégie gauche. Cette femme a fini dans le gâtisme. Si elle figure sur cet état malgré le long intervalle entre la condamnation et l'entrée à l'asile, c'est parce que le directeur de l'asile estime que *de l'ensemble de ces phénomènes résulte pour lui la conviction que cette détenue devait, à l'époque de son crime, présenter déjà des troubles cérébraux.*

II. — FEMMES *(Suite)*.

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
243	37 ans.	Outrages aux agents.	2 mois et 15 jours de prison.	15 mai 1886.	20 juil. 1886.	*Démence avec excitation maniaque,* lorsqu'elle est entrée à l'asile peu de temps après sa condamnation ; *l'aliénation mentale etait caractérisée par une irritation excessive, un caractère bizarre, des périodes d'excitation pendant lesquelles elle causait seule et refusait tout travail.* (Rapports du directeur de l'asile, 25 juin et 18 juillet 1894.) *C'est une habituee de l'établissement,* écrivait le médecin de la prison ; *nuit et jour elle parle, répétant toujours les mêmes choses et troublant le repos des autres détenues. On a dû la mettre en cellule d'isolement. Il est nécessaire de la transporter à l'asile des aliénés où un traitement approprié à son état pourra lui être applique.* Il est évident, en effet, que ce traitement approprié ne peut pas être donné à la prison; mais pourquoi le médecin, *puisque cette malade était une habituée de la prison,* ne l'a-t-il pas fait soigner plus tôt à l'asile ? Il lui eût évité sa condamnation du 15 mai 1886. Elle est toujours à l'asile, section des démentes.
244	37 ans.	Scandale public.	8 jours de prison.	?	9 juil. 1889.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
245	38 ans.	Outrage public à la pudeur.	1 an de prison.	27 juin 1867.	10 sept. 1887.	Bien que cette malade ne soit entrée à l'asile que longtemps après sa condamnation, le directeur croit pouvoir affirmer que lors de cette condamnation elle était déjà aliénée et irresponsable. *Elle est,* dit-il, *atteinte d'imbécillité avec perversion instinctive. Cet état est nécessairement congenital. Il eût pu être constaté à l'époque où elle a commis les délits et donner lieu à un placement immédiat à l'asile si la prévenue avait été soumise à une expertise médico-légale.* (Rapport en date du 29 juin 1894.)
246	38 ans.	Ivresse, outrages aux agents.	1 mois de prison.	?	3 mars 1890.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
247	40 ans.	Outrage public à la pudeur.	4 mois de prison.	27 avril 1887.	17 août 1887.	*Manie avec violente agitation.* Le certificat du médecin de la prison dit : *Cette femme, depuis la date de son entrée à la maison d'arrêt, n'a jamais cessé de donner des signes d'aliénation mentale.* (Rapports du directeur, 5 et 19 juillet 1894.) Cette malade avait été précédemment condamnée, le 22 avril 1887, la même année par conséquent, à un mois de prison pour vol. Elle est sortie de l'asile, guérie, le 31 octobre 1887.
248	40 ans.	Vol.	2 mois de prison.	6 fév. 1889.	9 fév. 1889.	*Paralysie générale confirmée. Était incontestablement alienée lorsqu'elle a commis l'acte pour lequel elle a été condamnée.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894).

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		II. — FEMMES *(Suite)*.				
249	40 ans.	Bris de clôture.	6 mois de prison.	?	7 fév. 1889.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
250	40 ans.	Vol.	4 mois de prison.	26 juin 1889.	13 juil. 1889.	*Délire des persécutions, consécutif à des accès alcooliques.* (Rapport du directeur, 25 juin 1894.)
251	40 ans.	Diffamation, menaces aux magistrats.	?	23 mars 1888.	11 mars 1890.	*Délire des persécutions. Poursuivie une seconde fois pour des faits analogues à ceux qui avaient motivé sa condamnation, on eut enfin l'idée de la faire examiner par un médecin-légiste. Celui-ci prouva l'irresponsabilité, et une ordonnance de non-lieu intervint. La maladie est très ancienne et bien antérieure à la condamnation de 1888.* (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)
252	40 ans.	Vol.	8 mois de prison.	?	19 janvier.	*Excitation maniaque ; idées confuses de grandeur.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
253	42 ans.	Vol.	2 ans de prison. (Cour d'assises).	24 oct. 1888.	9 déc. 1888.	*Présentait un accès de manie aiguë lorsqu'elle a commis les vols pour lesquels elle a été condamnée. Avait été déjà atteinte, du 14 mars au 20 novembre 1876, d'un accès de manie semblable à celui qu'elle présentait au moment de sa condamnation. La maladie était la cause indubitable des actes incriminés. Est sortie guérie le 7 septembre 1889.* (Rapport du directeur, 3 juillet 1894.) Guérie, oui, mais avec un casier judiciaire en fait indélébile. Et c'est devant la Cour d'assises que l'instruction ne révèle pas une si évidente irresponsabilité !
254	43 ans.	Vol.	1 mois de prison.	8 oct. 1888.	18 nov. 1888	Le directeur actuel n'était pas encore à l'asile lorsque la malade est morte. Mais les renseignements contenus dans le dossier de la malade l'ont persuadé qu'il existait une relation directe entre la folie de cette malade et le délit pour lequel elle avait été condamnée. (Rapport en date du 28 juin 1894.)
255	44 ans.	Vol.	1 an de prison.	24 déc. 1885.	24 juin 1886.	*Dès son entrée en prison, cette femme présentait tous les caractères de l'aliénation mentale, et depuis le jour de son entrée jusqu'à aujourd'hui son état n'a pas subi de modification. Habituellement agitée, bruyante pendant qu'elle s'occupe, sujette à des hallucinations, il semble parfois qu'elle est poursuivie par des ennemis. Elle eût dû faire l'objet d'une expertise médico-légale avant sa comparution devant les tribunaux.* (Rapport du directeur, 8 juillet 1894.)
256	44 ans.	?	?	?	?	Dix-neuf condamnations pour ivresse. Le rapport ne donne aucune autre indication.
257	46 ans.	Vol et vagabondage.	2 mois de prison.	?	13 janv. 1887.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)

NUMÉROS D'ORDRE 1	AGE DU CONDAMNÉ 2	FAIT INCRIMINÉ 3	NATURE DE LA CONDAMNATION 4	DATE DE LA CONDAMNATION 5	DATE DU TRANSFERT à l'asile 6	OBSERVATIONS 7
		II. — FEMMES *(Suite).*				
258	47 ans.	Escroquerie et vagabondage.	11 mois de prison.	27 nov. 1885	30 août 1886.	*Délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe. On doit supposer que le délire de la maladie a traversé la période aiguë pour tomber dans celle de la chronicité; qu'il existait déjà au moment de l'accomplissement du fait incriminé, que c'est pour fuir des persécutions imaginaires que la malade est devenue depuis longtemps vagabonde. C'est ce qui arrive presque toujours pour les aliénés migrateurs. Les hallucinations, jointes à un besoin impérieux, ont pu la pousser à commettre cette escroquerie.* (Rapports du directeur, des 27 juin et 17 juillet 1894.) La condamnation de novembre 1885 était la troisième frappant cette malade.
259	48 ans.	Vagabondage.	1 mois de prison.	2 août 1887.	18 août 1886.	*Lypémanie liée à une affection de cœur. Il est probable qu'une expertise médico-légale confiée à un aliéniste eût éclairé le tribunal.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)
260	48 ans.	Filouterie d'aliments.	1 mois de prison.	24 nov. 1888.	7 déc. 1888.	*Démence. Cette malade avait subi déjà, peu de temps auparavant, une peine d'un mois de prison. A cette époque, écrit le médecin de la prison, elle avait été considérée par le personnel comme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés.* (Rapports du directeur, 25 juin et 18 juillet 1894.) Elle n'en est pas moins condamnée une seconde fois. Presque immédiatement le médecin de la prison demande son transfert à l'asile des aliénés. Le directeur de l'asile n'a pu que confirmer les présomptions de ce médecin. Il affirme qu'antérieurement à la condamnation elle présentait des troubles intellectuels qui eussent dû empêcher sa condamnation.
261	49 ans.	Vol.	5 ans de prison.	?	11 juin 1887	*Dépression mélancolique.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
262	50 ans.	Abus de confiance.	3 ans de prison.	?	9 janv. 1888.	*Débilité mentale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
263	51 ans.	Vagabondage.	2 mois de prison.	12 avr. 1889.	20 avr. 1886.	*Démence confirmée. Morte trois mois après son entrée à l'asile. Était incontestablement malade lors de sa condamnation qu'une expertise lui eût évitée.* (Rapport du directeur, 6 juillet 1894.)
264	55 ans.	Mendicité.	15 jours de prison.	11 déc. 1888	21 déc. 1888.	*Démence.* Deux jours après sa condamnation, c'est-à-dire le 13 décembre, le médecin de la prison reconnaît qu'elle est folle, et il demande qu'elle soit placée *soit dans un dépôt de mendicité, soit dans un asile d'aliénés.* Le directeur de l'asile écrit : *L'état de déchéance constaté à l'asile le 28 décembre ne permet pas de douter que cet état de démence ne fût très antérieur à la condamnation.* (Rapports en date des 25 juin et 18 juillet 1894).

NUMÉROS D'ORDRE	AGE DU CONDAMNÉ	FAIT INCRIMINÉ	NATURE DE LA CONDAMNATION	DATE DE LA CONDAMNATION	DATE DU TRANSFERT à l'asile	OBSERVATIONS
1	2	3	4	5	6	7
		II. — FEMMES *(Suite et fin).*				
265	55 ans.	Mendicité.	?	?	21 févr. 1888.	Nombreuses arrestations et condamnations antérieures. Pas de renseignements.
266	56 ans.	Vol.	?	9 sept. 1887.	30 sept. 1887	*Paralysie générale. Morte dans le marasme le 29 juillet 1888. La condamnation de cette femme*, déclare le directeur, *est une véritable erreur judiciaire*. (Rapports en date des 25 juin et 18 juillet 1894.) A l'appui de cette opinion si nette, le directeur cite plusieurs certificats médicaux, notamment celui du médecin de la prison, lesquels établissent que, dès le mois d'octobre 1887, cette malade était atteinte de démence paralytique à une époque très avancée. Il conclut : *Il ne peut être douteux pour personne que le début de la paralysie générale ne fût de beaucoup antérieur à la condamnation.*
267	57 ans.	Outrages à la pudeur.	6 jours de prison.	?	20 sept. 1886.	*Paralysie générale.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
268	58 ans.	Outrages à la pudeur.	3 mois de prison.	?	23 déc. 1886.	*Débilité mentale avec idées ambitieuses.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
269	60 ans.	Vol.	3 mois de prison.	?	14 déc. 1889.	*Affaiblissement des facultés.* (Rapport du directeur, 2 juillet 1894.)
270	75 ans.	Vol.	3 mois de prison.	25 sept. 1888.	16 nov. 1888.	*Démence gâteuse.* (Rapport du directeur, 10 juillet 1894.)
271	?	Vol.	3 mois de prison.	14 avr. 1886.	27 avr. 1886.	*Faiblesse intellectuelle. Lypémanie. Le lendemain de la condamnation, le médecin de la prison délivrait le certificat ci-après : « La nommée H..., « atteinte de démence, très agitée et bruyante en ce moment. Ancienne « pensionnaire de l'asile, est dans le cas d'être admise dans un hospice « d'aliénés. »* (Rapport du directeur, 27 juin 1894.) Ce que le médecin savait, les magistrats auraient pu le savoir et éviter cette condamnation. La malade, en effet, avait déjà passé dix-huit mois dans un asile *pour cause de folie mélancolique avec stupeur*. Elle était sortie de l'asile l'année précédente.

B. — RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

I. — Répartition des 271 malades par sexes

Hommes	223
Femmes	48
Total égal	271

II. — Répartition des 271 malades par ages

Au-dessous de 20 ans	7 hommes	3 femmes	10
De 20 à 29 ans	42 —	6 —	48
De 30 à 39 —	81 —	15 —	96
De 40 à 49 —	56 —	15 —	71
De 50 à 59 —	28 —	6 —	34
De 60 ans et au-dessus	8 —	2 —	10
Age inconnu	1 —	1 —	2
Total égal			271

III. — Répartition des 271 malades suivant la nature des actes ayant motivé la condamnation

Vols	94
Vols avec outrages aux agents	2
Vagabondage	32
Vagabondage et vol	4
Vagabondage et filouterie,	1
Vagabondage et escroquerie	1
Vagabondage et bris de clôture	1
Vagabondage et outrages aux magistrats	2
Vagabondage et mendicité	4
Mendicité	12
Mendicité avec menaces	1
Mendicité avec violences	1
Mendicité avec outrages aux agents	2
Mendicité et vol	1
Filouterie (presque toujours d'aliments)	14
Filouterie avec violences	1
Abus de confiance	5
Escroquerie	12
A reporter	190

Report	190
Outrages aux mœurs, attentats à la pudeur	15
Outrages à la pudeur avec violences	2
Tentatives de viol avec menaces de mort	1
Excitations de mineurs à la débauche	1
Suppression d'enfant	1
Violences, coups et blessures	9
Violences avec outrages aux agents	1
Assassinat, meurtre	2
Incendie	2
Faux	1
Outrages aux agents, rébellion	8
Outrages aux magistrats	2
Insultes à un prêtre dans une église	1
Bris de clôture	3
Bris de clôture, coups et blessures, menaces	1
Mutilation d'arbres	1
Chantage	1
Ivresse	1
Ivresse avec outrages	2
Vente de denrées falsifiées	1
Insubordination (Conseil de guerre)	1
Inconnus	24
TOTAL ÉGAL	271

IV. — RÉPARTITION DES 271 MALADES SUIVANT LA NATURE DE LEUR MALADIE

Démence	20
Paralysie générale	58
Alcoolisme chronique	4
Imbécillité	8
Idiotie	2
Délire de persécutions	10
Manie, excitation maniaque	16
Lypémanie, mélancolie, dépression mélancolique	12
Epilepsie et hystérie	21
Alcoolisme	7
Dégénérescence mentale	16
Débilité mentale, faiblesse intellectuelle	65
Délire chronique	2
Renseignements non fournis sur le caractère de l'aliénation mentale.	30
TOTAL ÉGAL	271

MM. Brissaud et Souques (de Paris). — Un cas de myxœdème opératoire traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

Nous avons observé récemment une malade âgée de quarante-six ans qui, à la suite d'une thyroïdectomie partielle pratiquée pour un gloître plongeant, présenta d'abord des phénomènes de tétanie et, plus tard, de myxœdème. A son entrée à la Salpêtrière, elle a les signes habituels, mais atténués, du myxœdème, c'est-à-dire l'infiltration des téguments, la suppression des fonctions cutanées, la raréfaction des poils, etc. Les troubles de l'intelligence sont peu accusés. La malade se plaint surtout d'une sensation extrême de refroidissement et de somnolences invincibles.

Le 24 juin, elle pesait 58 kilogrammes; sa température centrale était de 36°,8; son pouls battait 84 fois par minute et le taux de ses urines oscillait entre 800 et 1,000 grammes.

Le lendemain, elle commençait le traitement en prenant un lobe frais et cru de glande thyroïde de mouton. Les quatre premiers jours, elle prit un lobe par jour, puis un lobe tous les deux jours. Depuis quatre semaines que ce traitement est commencé, la malade a ingéré en tout quinze lobes de corps thyroïde. Dès les premiers jours, la température augmenta de quelques dixièmes de degré, le pouls devint plus fréquent, la diurèse s'établit (1,500 à 1,800 grammes en vingt-quatre heures). La désinfiltration ne tarda pas à devenir manifeste; les sensations de froid, la somnolence, la torpeur disparurent rapidement. Les sueurs, supprimées depuis six ans, firent leur réapparition. En somme, depuis quatre semaines, l'amélioration est évidente. La malade a déjà perdu 3 kilogrammes de son poids. Elle est encore en cours de traitement et il ne semble pas douteux que la guérison complète s'ensuive à bref délai.

M. Régis demande à M. Souques s'il fait une différence entre le myxœdème et le crétinisme. Si oui, il prie M. Souques de vouloir bien lui indiquer les caractères de cette différence,

qui lui expliqueront peut-être pourquoi il a rangé la malade qu'il vient de présenter dans le myxœdème et non dans le crétinisme, ce qui lui semble plus exact.

M. Brissaud répond qu'entre le myxœdème congénital et le crétinisme, il n'y a pas de différence histologique précise et que, dans le cas en question, il manquait le goître et les déformations squelettiques caractéristiques du crétin.

MM. Hallion et Comte (Paris). — Des réflexes vaso-moteurs a long trajet dans quelques affections nerveuses.

Nous avons fait une série de recherches sur les réflexes vasomoteurs qui se produisent à la fois dans un grand nombre d'organes, à la suite d'une excitation sensitive cutanée, sensorielle ou émotive. Dans ce but, nous avons mesuré, comme l'ont fait chez l'homme sain divers auteurs et surtout M. François-Franck et M. Mosso, les variations de volume des extrémités : mains et pieds. Pour éviter certaines difficultés et certaines causes d'erreurs importantes que comporte l'emploi des appareils volumétriques classiques, nous avons fait subir à la technique quelques modifications. Les principaux résultats constatés par nous chez les malades sont les suivants :

Les réflexes (vaso-constricteurs) font défaut quand on porte l'excitation sur une région où la peau est anesthésiée par suite d'une lésion nerveuse périphérique ; au contraire, ils se produisent d'une façon entièrement normale quand on excite une région frappée d'anesthésie hystérique; c'est là, sans contredit, un nouvel argument, et non des moindres, en faveur de la nature toute psychique de l'anesthésie hystérique. Dans l'état hypnotique (somnambulisme, léthargie), les phénomènes vasomoteurs consécutifs soit aux excitations sensitives (même en l'absence de toute perception apparente), soit aux excitations émotives (même en l'absence de toute manifestation apparente de la conscience), gardent leur intégrité à la suggestion d'une sensation et agissent comme font la sensation réelle et l'émotion. Dans la syringomyélie, les excitations sensitives, même lorsqu'elles sont faites sur des régions non anesthésiées, ont

déterminé des réactions vaso-motrices nulles ou très peu marquées; divers caractères des courbes obtenues chez les syringomyéliques semblent d'ailleurs indiquer une atteinte considérable subie par le système vaso-moteur.

MM. Vallon et A. Marie. — Paralysie générale avec chorée.

Nous avons observé récemment trois cas de paralysie générale avec chorée. Dans deux de ces cas, la chorée (type Sydenham) s'est présentée dans des conditions où il est permis de se demander si elle ne représentait pas un symptôme initial en rapport à quelque degré avec la périencéphalite ultérieure, comme dans les observations, aujourd'hui nombreuses, où l'on a signalé la coexistence de la paralysie générale avec des symptômes des névroses diverses (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow); il semble y avoir là plus qu'une coïncidence. C'est comme un équivalent moteur atténué, à la période de dynamie fonctionnelle, du processus à la fois psychique et moteur de la paralysie générale confirmée.

M. Brissaud. — Sur les Lésions anatomiques de la syringomyélie.

M. Brissaud a fait, sous ce titre, une communation dont le texte nous fait défaut.

M. Renaut (de Lyon). — Les faits indiqués par M. Brissaud sont très intéressants et aucun d'eux ne me paraît être en contradiction avec les idées actuelles sur la névroglie. On sait qu'après beaucoup d'hésitations et de discussions, les histologistes qui s'occupent de l'anatomie générale du système nerveux ont fini par se ranger, presque tous et y compris même tout dernièrement les élèves de M, Ramon y Cajal, à cette opinion que j'ai émise le premier en 1881 : c'est à savoir que la cellule névroglique est une cellule neuro-épithéliale. J'ajouterai, pour ma part, que c'est là aussi une cellule *nerveuse*, dont la différenciation est demeurée rudimentaire, peut être en vue de certaines *fonctions de réserve*

qu'on viendra probablement à envisager un jour à côté de la *fonction connective* dont, pour le moment, on s'est seulement occupé. Le fait de la réduction de l'épithélium épendymaire à à une ligne de cellules cubiques ou prismatiques basses en certains points des cavités syringomyéliques, est la reproduction, par l'anatomie pathologique, d'un fait normal dans la série. La voûte du « sinus rhomboïdal » qui, chez les cyclostomes, représente le 4e ventricule, est formée par une lame très mince où le névraxe se réduit à l'épendyme sur les côtes. Puis sur la voûte même (au-dessous d'une série de formations vasculaires particulières que les morphologistes ont parfois cru pouvoir assimiler à un cervelet), cet épendyme n'est plus représenté que par une couche de cellules plates, endothéliformes, qu'il faut imprégner de nitrate d'argent pour la bien voir. Cette réduction de l'épithélium épendymaire à l'état endothéliforme se voit, du reste, même sur le plancher du sinus rhomboïdal, là où de gros capillaires sanguins, devenus très superficiels, pénètrent l'épithélium cylindrique et se développent dans les intervalles de ses cellules. J'ai signalé ce fait dès 1881. Dans les préparations de M. Brissaud, et probablement sous l'empire de circonstances analogues amenant des pressions prédominantes sur l'une sur l'une des parois de la cavité, l'épithélium épendymaire a réalisé les mêmes flexions morphologiques. Il est, du reste, probable que si l'on avait pu traiter les cavités par le liquide jaune argentique dont j'ai parlé il y a un instant, on les aurait trouvées tapissées d'un revêtement continu : ici formé de cellules épendymaires longues et typiques, là de cellules prismatiques basses, et enfin d'un vernis épendymaire endothéliforme, là même où il ne semble plus y avoir du tout d'épithélium.

Je ferai maintenant remarquer que pour expliquer certains autres faits tels que l'existence de jeunes éléments, ayant l'apparence de cellules de remplacement, entre les pieds des longues cellules épendymaires et, pour rapporter celles-ci à leur signification morphologique exacte, il faut se rappeler comment prolifère l'épendyme primitif pour former la masse indifférente neuro-névroglique. C'est la ligne épithéliale bordant le canal de l'épendyme, qui joue surtout ici le rôle de couche régénératrice. Par des divisions directes réitérées, elle satis-

fait à la fois à l'extension et à l'accroissement en épaisseur du névraxe. Pour le premier but, la figure de division oriente sa plaque équatoriale parallèlement à la hauteur de la cellule épendymaire : les deux cellules filles sont dans ce cas *juxtaposées* et augmentent de leurs travers les dimensions en surface du revêtement neuraxial. Pour réaliser le second but, la figure de division donne une plaque équatoriale perpendiculaire à la hauteur de la cellule épendymaire : les deux cellules filles sont alors *superposées* et l'épaisseur de névraxe s'accroît d'autant. Ainsi se forment les chaînes radiales de prolifération, dont les grains superposés sont le produit, chacun, d'une division indirecte de ce second genre. Souvent aussi l'on peut voir des grains devenir secondairement l'origine d'une cellule du type sensoriel, qui, primitivement profonde, pousse son corps protoplasmique en bâtonnet vers la surface de l'épendyme, l'engagement entre les cellules épendymaires ordinaires, qui dès lors jouent le rôle de cellules de soutien, tout comme dans les neuro-éphitéliums périphériques, édifiés d'ailleurs comme un type fondamentalement identique à l'épendyme. Enfin je viens tout dernièrement d'acquérir la conviction que non seulement la ligne épithéliale de l'épendyme, celle qui borde le canal, est fertile, mais encore que tout à fait dans la profondeur du névraxe épithélial, sur un point quelconque des chaînes radicales de prolifération, les grains produit comme je viens de l'indiquer sont fertiles aussi. Ils donnent des figures de division orientées dans n'importe quel sens, bien que le plus fréquemment dans le sens tangentiel.

Comme, en même temps, les cellules des chaînes radiales poussent des prolongements latéraux qui les rendent communicantes et arquées, on voit se dessiner, sensiblement au-dessous de la ligne épendymaire demeurée épithéliale, un réseau constituant la masse neuro-névroglique primitive. Sur certains points, les mailles de ce réseau s'allongent dans un sens prépondérant, comme l'a vu le premier Reissner. Là, les cellules du neuro-épithélium deviennent rares, à longs prolongements dont l'intrication forme le réseau allongé que j'appelle le *chemin de Reissner*, parce qu'il marque, comme un précurseur, la voie qui sera occupée par la végétation des cylindres d'axe, puis, en fin de compte, par la substance blanche.

Ces cellules, qui manifestement viennent des grains issus eux-mêmes des cellules épithéliales bordant l'épendyme, ont d'emblée l'aspect et la signification des « cellules araignées ». Epithéliales de race bien que pliées à des fonctions connectives, elles pourront tout aussi bien reprendre une evolution épithéliale, comme l'a vu M. Brissaud, qu'une évolution garglionnaire, comme Lancereaux, moi-même ensuite et, plus récemment, F. Raymond l'ont observé dans les gliomes que j'ai appelés neuro-formatifs.

MM. Hamel et Billaud. — Démences vésaniques avec personnalité dissociée au cours de délires systématisés anciens

Trois observations de *démentes vésaniques* avec personnalité dissociée au cours d'un délire systématisé ancien. Dans l'une de ces observations la malade, devenue magalomane, présentait une persistance de sa personnalité primitive à côté de la personnalité nouvelle correspondant à sa conception ambitieuse. Entre ces deux éléments, il y avait opposition telle que la malade identifiait sa persécutrice dans son ancienne personnalité en conflit avec la nouvelle. Elle parlait ainsi d'elle-même à la troisième personne comme la malade de Leuret, maudissant son nom et se plaignant amèrement de ce que cette personnalité désormais étrangère l'insultât (troubles psycho-moteurs probables). A la différence du cas de Leuret il y a ici substitution d'un moi ambitieux à l'ancien moi renié mais dont les éléments persistants correspondent à la survivance d'idées de persécution dans la période mégalomaniaque. Dans les deux autres observations même dissociation de la personnalité mais sans opposition entre les deux éléments dissociés. L'une croit avoir son fils dans l'estomac, l'autre sa mère. Toutes deux parlent tantôt en leur nom, tantôt au nom de l'individualité imaginaire incluse, ce qui donne à leur discours une incohérence plus apparente que réelle ; c'est la pseudo-démence signalée par M. Christian et dont le mécanisme s'explique très logiquement par l'automatisme moteur verbal qui existe dans ces deux cas comme dans le précédent.

M. MEIGE (de Paris). — LE FACIES DANS LES MYOPATHIES.

Les conceptions des neurologistes relativement aux amyotrophies primitives ont subi des modifications telles, depuis quelques années, que la révision de leurs symptômes s'impose. Le faciès myopathique, considéré comme propre à la forme facio-scapulo-humérale, se trouve atténué ou modifié dans toutes les formes de myopathie progressive. L'auteur signale plusieurs faits observés par lui au sujet des physionomies des myopathiques : l'accentuation de la fossette médiane du menton ; l'existenee d'une fossette latérale aux coins des lèvres ; des rides concentriques sur la paupière inférieure qui a perdu ses cils. Enfin l'auteur signale des formes particulières des lèvres qui lui ont paru constantes.

M. BRACHET. — DE LA NATURE ET DE LA FORME DE LA FOLIE DE CHARLES VI.

Position de la question. L'intérêt au point de vue clinique est dans la richesse de la cause prédisposante (unique, puisqu'il est le seul aliéné dont nous possédions l'histoire de dix-huit ascendants directs, documentée pathologiquement), au point de vue historique de la question capitale de la responsabilité de Charles VI dans les rémissions de ces vingt-huit ans de folie.

L'histoire n'a point été étudiée par les aliénistes, faute d'avoir pu recourir aux sources (les pièces des archives, les chroniques du temps, les relations des ambassadeurs).

Cause prédisposante. Ligne paternelle (père, Charles V, goutteux, cardiaque ; grand'père, Jean le Bon, arthritique ; arrière-grand-père, Charles de Valois, apoplectique ; trisaïeul, Philippe III, le Hardi, inversion sexuelle). Ligne maternelle (inconnue jusqu'ici des aliénistes et des historiens), mère. Jeanne de Bourbon, folle ; grand-père, Louis de Bourbon.

M. VALLON. — CLASSIFICATION DES DÉGÉNÉRÉS.

La doctrine de la dégénérescence inventée par Morel a été, à mon avis, exagérée depuis par M. Magnan et ses élèves, et à en juger par des travaux récents, sans excepter quelques-unes des communications qui ont été faites à ce Congrès, le mot de dégénérescence tend à devenir synonyme d'aliénation mentale. Eh bien, la théorie de dégénérescence, très vraie au point de vue de l'anthropologie générale, comme le disait hier mon maître et ami M. Falret, ne saurait servir de base à la classification des maladies mentales ; il faut substituer à ce mot, désignant une famille anthropologique des termes caractérisant des groupes établis sur des distinctions cliniques.

Dans l'état actuel de la science, je crois que l'on pourrait, dès à présent, admettre trois groupes, distincts symptomatiquement, tout en ayant une base commune : l'hérédité.

1er G. *Débiles*	Idiotie, imbécillité. Faiblesse d'esprit.
2e G. *Déséquilibrés* .... Ce sont des êtres malfaisants, clients du médecin légiste.	Facultés partielles. Instabilité mentale. Folie morale. Folie instinctive.
3e G. *Emotifs*. Ce sont des malades qui souffrent, qui sont malheureux ; ils arrivent souvent au suicide ; ils sont conscients de leur état.	Folie du doute. Délire du toucher. Agoraphobie et toutes les autres phobies.

Dans cette classification, comme dans toutes les classifications, il va de soi qu'à la limite de chaque groupe on trouve des individus qui présentent en partie les caractères du groupe suivant.

M. BOURNEVILLE. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MICROCÉPHALIE ET, EN PARTICULIER, DU TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DES IDIOTS MICROCÉPHALES.

Ma communication a surtout un but clinique et thérapeutique, à savoir la démonstration de la possibilité d'améliorer même à un degré prononcé les *idiots microcéphales.* Toutefois, comme préambule, je crois utile de placer sous vos yeux un certain nombre de *photographies* représentant des crânes et surtout des cerveaux de *microcéphales.* Pour plus de commodité j'ai disposé toutes ces planches sur de grands tableaux noirs que le Maire de Clermont, M. Lecuellé, a mis à ma disposition.

I. — Les photographies I, II, III, IV, sont empruntées au mémoire bien connu de Vogt (1), les photographies de V à XV au remarquable mémoire de Giacomini, paru en 1890 (2) ; les photographies XV à XXI sont tirées du mémoire de M. Miquel Bombarda, qui vient de paraître (3). Vogt ne donne pas le poids des cerveaux des microcéphales dont il parle. Les microcéphales de M. Giacomini avaient un encéphale dont le poids variait de 171 à 785 grammes. En voici les tableaux :

Nos de l'obs.	N° de la planche (Tav.)	NOMS	Age	Poids du malade	Taille	Poids de l'encéph.
1	1	Ruboli Modesta (f.)	9 1/2	»	»	171g
2	2	Bertolotti Bragio (f.)	7	15k320	1m05	323
3	3	Perona Maurs	18	»	»	405
4	4	Assale Alessandro.........	13	26k »	»	473
6	5	Léona Maria.............	10	»	»	579
7	6	Casalini Genoveffen.......	18	19k500	1m20	583
8	7	Gastellino Raimondo......	16	30k »	1m55	655
13	8	Redoglia Silvio	14	25k »	1m38	765
14	9	Panspuri	15	»	»	785
19	9	Fœtus....................	»	»	»	»

(1) *Mémoire sur les Microcéphales ou Hommes-singes,* par Ch. Vogt.

(2) Cervelli dei microcefali del prof. Giacomini.

(3) Contribuiçao pera o estudo dos microcephalos pelo prof. Miguel Bombarda. — Lisboa 1894.

Le second tableau est relatif aux cas de M. Bombarda.

N°s d'ordre	NOMS	Age	Taille	Poids	Poids du cerveau	Poids de l'encéph.
1, 2, 3, 4	Bemvinda	29	1m41	»	244	316
7	Cartaxo	26	1m64	»	»	828
8	Periquito.............	15	»	»	»	740

Aux *photographies des cerveaux*, nous avons joint, chaque fois que cela nous était possible, les *photographies des malades*. A ces documents nous ajoutons, comme vous le voyez, la photographie du buste d'une idiote microcéphale de trois ans qui se trouve dans le musée de l'hôpital de la marine à Rochefort. Nous ne possédons pas de détails sur le cerveau (1).

Nous avons eu l'occasion de publier nous-même déjà deux mémoires sur la *microcéphalie* au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Dans le premier (2), nous avons rapporté l'observation de deux microcéphales. Nous nous bornerons à donner le sommaire de leurs observations.

Observation I. — Microcéphalie et Epilepsie

Sommaire. — Père, oncle paternel et frère alcooliques. — Mère : pertes de connaissance mal caractérisées. — Grand'mère maternelle

(1) Ce buste est inscrit dans le musée de Rochefort ainsi qu'il suit : « Hémiterus classe I. — Ordre III. — Microcéphalie. — Pauline Choisy. 3 ans. — Collections scientifiques. » Voici les mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima prise obliquement	0.29
1/2 circonférence bi-auriculaire.............	0.165
Distances de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez......................	0.165
Diamètre antéro postérieur maxima.........	0.093
— bi-auriculaire....................	0.093
— bi-pariétal (au-dessus des oreilles).	0.092
— bi-temporal	0.093

(2) Bourneville et Wuillamié. — Notes sur deux cas d'imbécillité et d'idiotie dues à la microcéphalie (Compte rendu de Bicêtre, 1881, p. 17 à 54).

carcinome. — Autre frère : aliéné. Excès de boissons. — Premier accès consécutif à une peur, à 18 ans; délire consécutif, deuxième accès à 47 ans. — Troixième à 50 ans. — Vertiges, hallucinations de la vue. — Intelligence médiocre. - Microcéphalie. Suicide — Chéru (Philibert-Auguste), âgé de 59 ans, boulanger, puis infirmier est entré à Bicêtre le 25 mai 1872 où il est décédé le 24 août 1881.

Poids du corps : 52 kilos. — Taille : 1^m 61

Encéphale : 770 gr. — Cerveau : 635 gr.

NOMS	Age	Diagnostic	Poids	Taille	Poids de l'encéph.	Poids du cerveau
Marond	59	Épilepsie	64^k	1^m68	1.460	1.275
Pérocheau..........	55	d°	54^k400	1^m68	1.310	1.225

La comparaison de ses centres nerveux avec ceux de deux hommes à peu près du même âge ne laisse aucun doute sur la réalité de la microcéphalie.

L'examen de son cerveau est extrêmement curieux. Les circonvolutions sont réduites aux circonvolutions élémentaires ; c'est en quelque sorte un cerveau d'étude. — Toutes les circonvolutions sont très distinctes ; il n'y a pas de plis de passage. Des sillons assez profonds les séparent les unes des autres. Notons aussi le développement assez accusé des lobes paracentraux et des lobes carrés. Ces derniers ainsi que les lobes occipitaux, offraient d'assez nombreux sillons superficiels et les circonvolutions, sans être indurées, avaient, dans une certaine mesure, l'apparence de circonvolutions atrophiées.

Observation II. — Idiotie et Epilepsie.

Sommaire. — Père : hébétude passagère, consécutive à une grande application de la musique.— Sœur : idiote. — Deux frères : mobilité. — Idiotie. — Microcéphalie. — Epilepsie : marche des accès. — Quelques succès d'éducation. —Corps étrangers de l'œsophage ; asphyxie, mort. — *Autopsie :* Poids du cerveau 650 gr. — Description du cerveau.

Edern. (Auguste) âgé de 16 ans, est entré à l'asile de Bicêtre (service de M. Delasiauve) le 15 janvier 1850 et est mort le 25 nov. 1861.

Nous faisons passer sous vos yeux les photographies de

Cher... (nº XXIV) et celle de son cerveau (nº XXV) ainsi que celle du cerveau d'Edern (nº XXVI).

Dans notre second mémoire sur la microcéphalie communiqué au Congrès international de médecine mentale en 1889 (1) nous avons montré les photographies du malade Cluto..., celles de son cerveau et le squelette de sa tête.

Observation III. — Idiotie. — Microcéphalie

Sommaire. — Antécédents paternels et maternels négatifs. Impression maternelle vive avant la conception, se prolongeant pendant et après la grossesse. — Pas de consanguinité. — Premières convulsions à six mois. Idiotie complète, bave, balancement, gâtisme, etc. — Marche à trois ans et demi. Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme supérieur. — Diphtérie. — Mort. — Résultats de l'autopsie : — Absence presque complète du lobe occipital. — Acrocéphalie. — Arrêt de développement et malformations considérables du cerveau.

Cluto... Léon, né le 17 mai 1876, est entré à Bicêtre le 17 avril 1889 et y est décédé le 26 avril 1889.

Poids : 21 kilogr. ; taille : 1m 30. Encéphale : 490 gr. ; cerveau : 360 grammes.

Pour permettre de se rendre compte du degré de la microcéphalie chez Cluto.. nous avons dressé le tableau ci-après concernant 7 enfants du même âge.

NOMS	Age	Diagnostic	Poids	Taille	Poids de l'encéph.	Poids du cerveau
Dubuc.....	13	Idiotie ; épilepsie.	32k800	1m35	1.230g	»
Louis......	13 1/2	id.	41 200	1m51	1.400	1.215g
Lobbens...	13 1/2	Épilepsie.	34 900	1m50	1.505	1.325
Hanin.....	13	Idiotie.	23 200	1m20	1.060	910
Juvenot....	13	Idiotie ; épilepsie.	26 »	1m20	1.340	1.180
François...	13	Idiotie palyser aiguë et épilepsie.	54 500	1m54	1.410	1.235
Meyer.....	13	Idiotie.	27 700	1m25	1.290	1.100
Moyenne ..			34k280	1m36	1.316g	1.144g

(1) Bourneville et Camescasse. — *Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie* (*Compte rendu de Bicêtre pour* 1890, p. 114).

La comparaison entre Cluto.. et ces derniers malades met nettement en évidence la réalité de la microcéphalie.

Nous avons également présenté au *Congrès international de médecine mentale* Arnon... Jan... Mario... et Mazie... qui sont encore vivants et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Voici maintenant quelques documents nouveaux.

Observation IV. — Idiotie complète. — Microcéphalie.

Sommaire. — Père cataracte double congénitale. — Grand père paternel cataracte double congénitale. Grand oncle paternel mort phtisique. — Mère renseignements insuffisants sur sa famille. — Pas de consanguinité. — 2 frères morts de convulsions. — Conception durant le siège de Paris. — Grossesse : Peurs fréquentes durant le siège. — Accouchement difficile, présentation du siège. — Asphyxie à la naissance, *est resté noir 18 jours.* -- Premières convulsions à 8 mois, perte de connaissance durant demi-journée. — Première dent à dix mois. — Début de la marche 5 ans. — Rougeole à 10 ans. — Coqueluche à 12 ans. — Ophtalmie à 13 ans, cécité consécutive.

Dubillo.., René. — M. — né le 20 juin 1871, est décédé le 11 avril 1886 à l'âge de 15 ans.

Poids du corps: 21 kil. 400. — Taille 1^{m} 18.

Encéphale : 805 gr. — Cerveau : 705 grammes.

Observation V. — Idiotie complète. — Microcéphalie.

Sommaire. — Père absence de renseignements. — Mère migraineuse, scotome. — Oncle maternel convulsions de l'enfance ; strabisme double. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans. — Asphyxie prolongée et convulsions à la naissance. — Sommeil artificiel prolongé pendant un mois. — Premier cri à un mois — Alimentation extrêmement réduite pendant un mois. — Elevé à la cuiller, puis au biberon (4e mois). Impossibilité de prendre le sein. — Première dent à 9 mois. — Marche, attention, préhension nulles. — Contracture des quatres membre, ; strabisme.

Labord.., Emile, né à Paris le 13 octobre 1883 est décédé le 10 janvier 1889.

Poids du corps : 10 kil. 500. — Taille : 0 ^{m} 765.

Encéphale : 550 gr. — Cerveau : 440 gr.

Observation VI. — Idiotie. — Microcéphalie.

Sommaire: Enfant assisté. Pas de renseignements. — Oreillons. — Rougeole à 9 ans. — Autopsie. — Sclérose du lobe occipital droit.

Louis, Joseph, né à Paris le 10 mars, est décédé le 16 février 1893.

Poids: 17 kil. — Taille: 1^m 02. Encéphale : 1,365 gr. — Cerveau : 1,240 gr.

Le cas de cet enfant est tout particulier, en ce sens que son encéphale, quoique *très petit,* ainsi que le montrent ses photographies (n° XLI et XLII) avait un poids (136 gr.) qui dépasse de beaucoup le poids du cerveau des microcephales ordinaires Ce fait montre que l'élément *densité* doit entrer aussi en ligne de compte; la microcéphalie, cependant, n'est pas douteuse si l'on compare son crâne à celui d'un garçon normal de 10 ans et d'une fille normale du même âge, que nous plaçons sous vos yeux.

La comparaison du crâne de Louis avec ceux de Chéru.. et de Cluto.. fait ressortir un fait intéressant, à savoir que le frontal n'est pas, chez lui, aussi fuyant que chez Cher... et Cluto... Le crâne de Louis ne rappelle pas le type simien des crânes de Cher.., et Cluto...

En dernier lieu nous vous présentons la photographie de Pouge... (nos 43 et et 44), mort il ya quelques jours.

Observation VII. — Idiotie complète avec microcéphalie

Sommaire. — Absence complète de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels. — Diarrhée, cachexie, mort. — Sclérose spéciale des deux hémisphères cérébraux avec atrophie de ces hémisphères.

Pouge.., René, né le 4 août 1891, est entrée le 16 avril dans le service et y est décédé le 28 juillet de la même année. Cet enfant est représenté sur le premier plan de la ***photographie collective*** de nos dix microcéphales. Il est devenu malade alors que déjà on s'occupait de son traitement d'une façon sérieuse et il a succombé avant qu'on ait obtenu de résultats.

Poids du corps : 9 kil, 700. — Taille : 0m 72.

Mesures de la tête :

Circonférence horizontale maxima	40.2
Demi-circonférence bi-auriculaire	26
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	27
Diamètre antéro postérieur maxima	13.5
— bi-auriculaire	10.5
— bi-pariétal	10.5
— bi-temporal	8
Hauteur médiane du front	4.5

Encéphale: 365 gr. — *Cerveau :* 250 gr.

La comparaison de cet enfant avec cinq autres enfants du même âge ne laisse aucun doute sur la réalité de la microcéphalie.

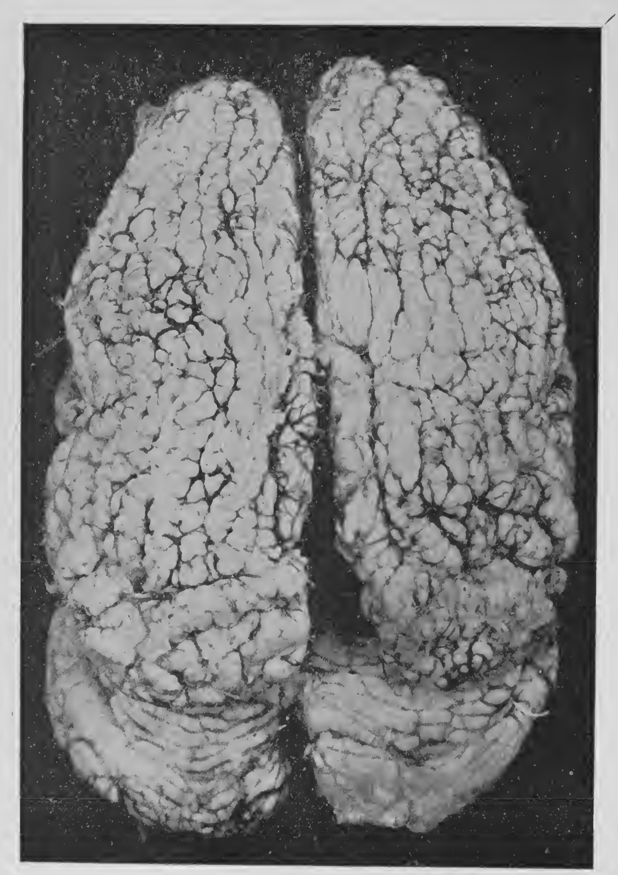
NOMS	Age	Diagnostic	Poids	Taille	Poids de l'encéph.	Poids du cerveau
Berthaumieux	3 a.	Idiotie.	10k500	0m81	1.100	»
Lebigre	3a.	Id.	19 800	0m88	1.020	890
Engel	3 a. ½	Id.	13 100	0m90	1.035	855
Stauttner	3 a. ½	Id.	14 700	0m78	1.110	955
Camus	3 a.	Id.	9.500	0m85	1.030	900
Moyenne			13k520	0m87	1.059	900

Les planches I, II, III, IV, V, donnent une idée très exacte de la forme des lésionsdu cerveau ; nous ne connaissons qu'un cas qui s'en rapproche anatomiquement, celui du malade Redoglia Silvia (Obs. 13, pl. VIII) du mémoire de Giacomini.

Voici l'*examen histologique* du cerveau de ce malade, examen fait par notre ami le Dr Pilliet.

Région frontale. — Les vaisseaux de l'écorce apparaissent sur les coupes très nombreux, richement anastomosés, engainés de petites cellules rondes nombreuses. Les éléments cellulaires sont partout abondants et groupés par amas de 3 à 5 cellules dont

PLANCHE I



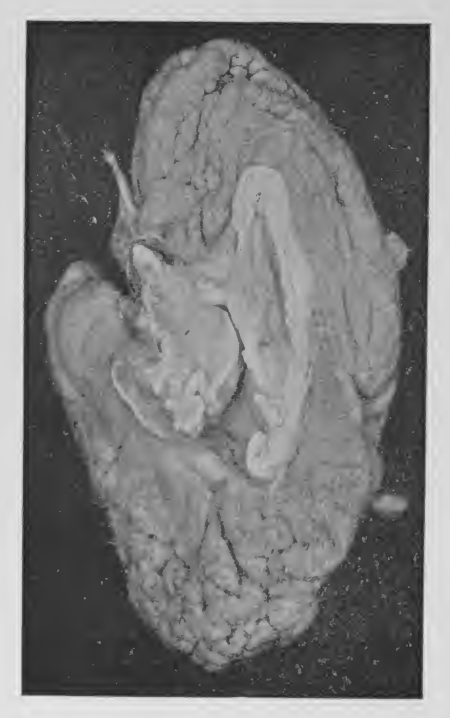
Encéphale de Pouge...

Planche II



Hémisphère droit de Pouge...
(Face convexe)

PLANCHE III



Hémisphère droit de Pouge.
(Face interne)

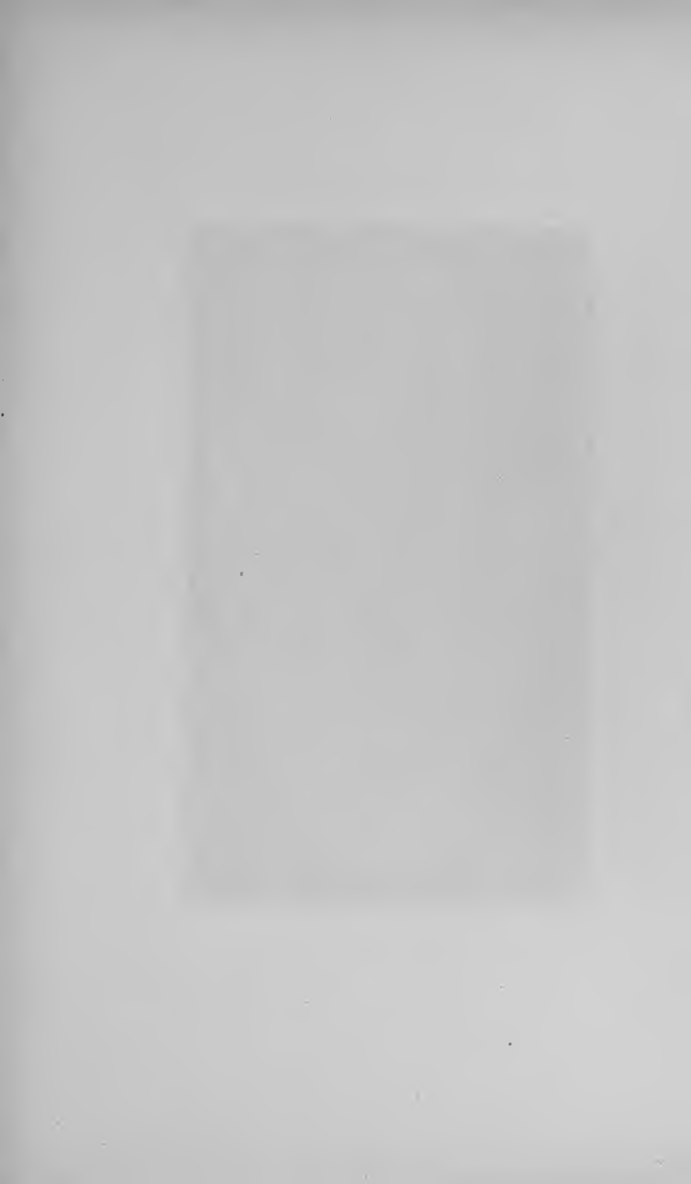


PLANCHE IV



Hémisphère gauche de Poug...
(Face convexe)

PLANCHE V



Hémisphère gauche de Pouge.
(Face interne)

PLANCHE VI



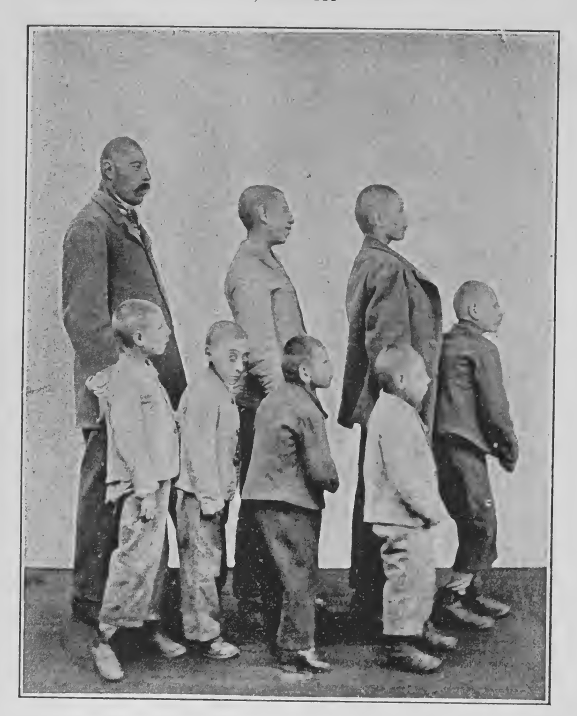
Mari... Jean... Arno... Ramba...
Tabour. (G.) Tabour. (M.) Maizi... Laure... Reness...
Pouge...

PLANCHE VII



Mari... Jean... Arno... Ramba...
Tabour (G.) Tabour. (M). Mazi... Laure... Reness...

PLANCHE VIII



Jean... Mario... Rambd... Tabour. (G.)
Mazi... Reness... Tabour. (M.) Laure...

les noyaux sont très distincts mais le corps cellulaire est petit et peu différencié. La névroglie est abondante et ses filaments sont assez volumineux pour être perçus sur les coupes fines.

Région pariétale. — Les cellules névralgiques sont partout proliférées et forment de petits îlots comme dans la région précédente. Les petites cellules pyramidales ne sont pas distinctes de ces petites cellules. Au contraire, les grandes cellules pyramidales apparaissent visibles. Elles sont sphériques, petites, à noyau rond volumineux, à plasma élair. Les vaisseaux sont toujours nombreux et anastomosés.

Région occipitale. — La névroglie est nettement vasculaire œdématiée par places, les cellules pyramidales sont visibles, mais peu abondantes. Les coupes ont été faites en différents points de chaque région et ont donné les mêmes résultats.

On constate, en résumé, la prolifération des vaisseaux et des cellules non différenciées ; un retard considérable dans l'apparition des petites cellules pyramidales ; un développement incomplet des grandes, le tout sans sclérose ni foyers inflammatoires.

Pour compléter les renseignements que nous venons de donner, nous mettons sous vos yeux : 1° le squelette de la tête de Cheru ; — 2° le squelette de la tête de Cluto ; — 3° le squelette de la tête de Louis. — 4° la calotte cranienne de Dubillon ; 5° celle de Laborde ; 6° celle de Pougeois et, en outre, comme *terme de comparaison*, la calotte cranienne d'individus du même âge. Cette comparaison des calottes craniennes met en relief les deux points suivants : la différence de volume et de conformation des crânes microcéphales et des crânes ordinaires ; — l'absence de synostose *chez ces microcéphales*, sauf chez Chéru âgé de 59 ans, la suture interpariétale, la partie moyenne de la suture fronto-pariétale et la partie inférieure des sutures pariéto-occipitales sont tout à fait soudées. — Les crânes de Chéru... et de Cluto..., ainsi que les profils de ces malades offraient une grande ressemblance.

La *comparaison des cerveaux* montre d'une manière évidente que la microcéphalie, qui n'est pas due, nous le répétons, à la *synostose prématurée des os du crâne*, n'est pas due non plus toujours, à un *arrêt de développement* unique, mais qu'elle reconnaît aussi pour cause des *lésions pathologiques.*

PLANCHE X

Fig. 1.

Fig. 2.

PLANCHE X (*suite*)

Le rossignol charme par son chant
A. E. I. O. U. Y. B. C. D. F.
A. E. I. O. U. Y. B. C. D. F.
1357. 2468. 3907. 1.908. 6574.
1857. 2468. 3908. 1.908. 6574.
Fany.

Fig. 3.

PLANCHE X (*suite*)

du savon, un beau garçon, le cadran de l'horloge, un plan.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Fig. 4.

Fig. 5.

PLANCHE X (*suite*)

6 7 3 4
2 1 6 5 3
88 677

8 1 9 0 4
7 3 6 8 7
1 3 2 5 5 6
1 9 8 0 4

Fig. 6.

le tra v ail.
en gants, re gar der au tour de
vous tout, vous in vi te au vi
va vail. l' a dei l le, en
vol ti geant sur les fleurs, il
cher che pour compo ser son
miel. Les pe tits oi seaux,
tout en chan tant, bâ tis
leurs nids

Fig. 7.

PLANCHE X (*suite et fin*)

le chen et le chat sont là.
un os vient de tom ber.
tous deux se pré ci pi tent.
cè sar le veut; minet leveu
aus si. le pre mier montre
les dents. le second fait
le gros dos.

Fig. 8.

Il semble que ce sont des lésions anatomiques qui l'emportent. Il conviendrait donc de rassembler tous les cas de *microcéphalie* occasionnés par un *simple arrêt de développement* de les grouper, de faire leur tableau clinique et de procéder de même pour les *microcéphales* dont le cerveau a été arrêté dans son developpement à la suite de lésions pathologiques.

Nous arrivons maintenant au but principal de cette communication, à savoir l'exposé du *traitement médico-pédagogique* qui permet d'améliorer les *idiots microcéphales*. Nous avons pensé que s'il était possible de faire cette démonstration, il en résulterait, pour tous, la conviction que les autres enfants idiots, dont le cerveau est généralement moins atteint, sont, eux aussi, et à un degré plus considérable, plus susceptibles d'être améliorés ou même guéris, suivant leur degré mental.

Voici une photographie (PLANCHE VI) qui représente en groupe 10 microcéphales d'âges différents vus de face, et deux autres photographies (PLANCHE VII et VIII) les représentant vus de profil. L'un deux, Pouge., figuré assis au premier plan, ayant succombé au début du traitement, ne nous retiendra pas; mais nous croyons utile de dire quelques mots sur chacun des autres.

OBSERVATION IX. — IDIOTIE MICROCÉPHALIE.

SOMMAITE : *Père alcoolique. — Oncle paternel alcoolique et paralitique général. — Deux frères morts de convulsions. — Émotion au sixième mois de la grossesse. — Marche à 11 mois. — Convulsions à 1 an. — Parole vers 2 ans. — Accès d'épilepsie. — Gâtisme intermittent. — Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme. — Alternatives de périodes d'excitation et de périodes de mélancolie ; idées de suicide. — Instabilité mentale. — Perversion des instincts. — Educabilité relative. — Amélioration notable.*

Jan.., Auguste-Prosper, né le 13 avril 1869, est entré dans le service le 11 mars 1877.

Les photographies montrent ce malade depuis l'âge de 11 ans jusqu'à 22 ans; la PLANCHE X donne une idée de ses *exercices scolaires* à différentes époques. Bien qu'on ne se soit occupé de lui que tardivement et que, pendant plusieurs années, il ait eu des *accès d'épilepsie*, on est arrivé à le rendre propre à lui



Fig. 2 — Mario...



Fig. 1 — Mario...

apprendre à se laver, à se déshabiller, à s'habiller, à manger seul, etc.

OBSERVATION VIII. — IDIOTIE. — MICROCÉPHALIE.

SOMMAIRE : *Antécédents paternels négatifs. — Mère nerveuse. Grand-père paternel : excès de boisson. — Grand'tante maternelle migraineuse. — Sœur de mère morte de convulsions. — Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite à la naissance (microcéphalie très prononcée et prognathisme supérieur). — Convulsions répétées à un an. — Fugues solitaires. Imitation des animaux. — Kleptomanie. — Accès de colère. — Grimaces de la face. — Défaut de prononciation. — Echolalie. — Idiotie. — Amélioration notable sous l'influence du traitement.*

Arnou, Gabriel, né le 20 mai 1876, est entré dans le service le 30 mars 1885.

La photographie collective n° 8 permet de constater les progrès réalisés chez ce malade qui, d'ailleurs, figure sur les PLANCHES VI, VII et VIII. Il s'est amélioré sur tous les rapports et, notamment, au point de vue de la parole dont les organes sont plus souples et plus dociles. L'écholalie a presque disparu.

OBSERVATION X. — IDIOTIE. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE. — MICROCÉPHALIE. —

Sommaire. — Père : accès de mélancolie, suicidé. — Grand-père paternel, mort aliéné. — Antécédents maternels nuls. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 14 ans. — Microcéphalie et prognathisme supérieur à la naissance. — Marche à vingt et un mois. — Jamais de convulsions. — Imbécillité. — Fugues. — Parole très limitée. — Périodes d'excitation. — Réponses par signes ou par écrit. — Éducabilité possible.

Mario.., Charles-Maurice, né le 20 décembre, est entré dans le service le 27 juin 1889.

Cet enfant, qui est représenté sur les *figures* 1 2 et 3, nous est arrivé à un âge déjà avancé et, bien qu'il ait été assez avantageusement modifié, nous n'avons pas obtenu



Fig. 3. — Mario...



Fig 4. — Mazi... à 3 ans et demi.





Fig. 6. — Mazi... à 7 ans.



Fig. 5. — Mazi... à 4 ans et demi.



Fig. 8. — Mazi... à 9 ans.

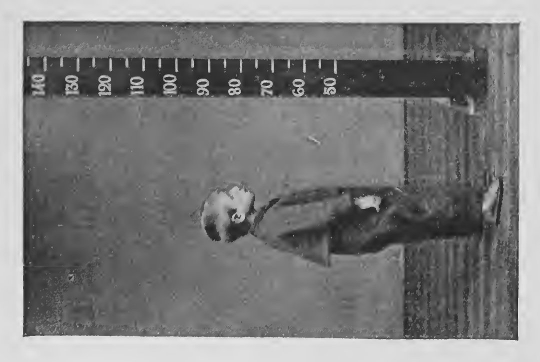


Fig. 7. — Mazi... à 7 ans.





Fig. 10. — Mazi... à 10 ans.



Fig. 9 — Mazi... à 10 ans.

chez lui tous les progrès qui auraient été possibles si l'on s'en était occupé plus tôt.

Observation XI. — Idiotie. — Microcéphalie.

Sommaire. — Grand-père paternel alcoolique, mort d'un cancer du pylore. — Arrière grand-père et deux grands oncles paternels alcooliques. — Mère, grand-mère, grand'tante et tante maternelles migraineuses. — Grand'tante maternelle, suicidée. — Tante aliénée. — Inégalité d'âge de 7 ans. — Pas de consanguinité. — Pas de convulsions. — Parole nulle. — Impossibilité de se tenir debout. — Affaiblissement prédominant à la jambe gauche. — Gâtisme. — Tournoiement de la tête. — Balancement du tronc. — Attention nulle. — Amélioration considerable.

Mazi.., Henri né le 2 juillet 1884, est entré dans le service le 3 décembre 1887.

L'enfant, dont on peut suivre l'évolution sur les *figures* 4. 5, 6, 7, 8, 9 et 10, qui mettent bien en évidence, sans qu'il soit besoin d'insister, les progrès considérables réalisés longuement. Au début, il était incapable de se tenir debout, de fixer son attention, de prendre un objet, il ne prononçait aucun mot, il était gâteux. On lui a appris à marcher, à être attentif, à se servir de ses mains, à manger, à se déshabiller, à manger seul ; il parle nettement, a appris à chanter. Il est devenu propre et, dans sa tenue, il est même coquet. Il y a eu chez cet enfant une transformation complète.

Observation XII. — Imbécillité prononcée. — Epilepsie. — Microcéphalie.

Sommaire. — *Père variole à 18 ans. — Grand'mère paternelle nerveuse et débile. — Mère rien de particulier. — Grand-père maternel paralysé, colère. — Asphyxie à la naissance et paralysé à gauche. — Convulsions à un an et demi. — Marche à 18 mois, propre à 2 ans. — Parole à 3 ans. — Rougeole à 7 ans. — Début de l'épilepsie à 6 ans. — Voracité. — Tics convulsifs. — Entré à Bicêtre. — Hydrothérapie. — Elixir polybromuré. — Diminution de l'épilepsie. — Amélioration intellectuelle.*

Ramba..., Gaston, né le 2 mars 1880 est entré dans le service le 12 mars 1888.

Cet enfant est arrivé à faire des additions, des soustractions des analyses grammaticales et des dictées, son écriture est très lisible; sa parole est correcte, il s'habille et se déshabille seul.

Sa photographie collective permet de se rendre compte, par l'examen de sa physionomie de ses modifications intellectuelles. Cet enfant, qui est en outre épileptique, s'est amélioré aussi à ce point de vue ses accès et ses vertiges ont diminué progressivement. Tandis qu'en 1892 on avait compté 195 accès et 339 vertiges, dans les sept premiers mois de 1894, il n'a eu que 35 accès et 52 vertiges.

Observation XIII. — Idiotie. — Microcéphalie.

Sommaire. — *Père excès de boisson, fièvre typhoïde à 32 ans, troubles cérébraux consécutifs (amnésie). — Grand-père paternel alcoolique. — Grand-mère paternelle paralysée. — Mère rachitisme, guérit. — Grand-père maternel mort en 4 jours des suites d'une peur. — Arrière grand-père maternel, nombreux excès de boisson; un oncle maternel mort en 5 jours à la suite d'une colère (Anévrisme?). — Consanguinité père et mère cousins germains. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Grossesse bonne. — Athrepsie à 1 an. — Propre à 2 ans. — Dentition complète à 3 ans. — Rougeole à 7 ans. — Coxalgie.*

Reness.., Pascal, né le 19 mars 1885, est entré dans le service le 17 février 1890.

Ce malade est représenté sur les planches VI, VII, VIII. Cet enfant est propre, parle régulièrement, raisonne assez bien. compte jusqu'à 100, connaît les couleurs, les lettres, les surfaces, les objets usuels, les chiffres, distingue les chiffres pairs des chiffres impairs, etc.

Obs. XIV. — Idiotie complète. — Microcéphalie.

Sommaire. — *Père alcoolique, caractère emporté. — Grand-père paternel mort probablement d'hémorrhagie cérébrale. — Grand oncle paternel excès de boisson. — Mère peu intelligente. Alcool (?);*

lupus nasal guéri. — Grand-mère maternelle morte à 55 ans, démente à l'asile d'aliénés de Vaucluse. — Grand'tante maternelle devenue aliénée à la suite d'une peur. — Deux tantes maternelles mortes en bas âge de convulsions. — Un oncle maternel, caractère emporté. — Autre oncle maternel mort de convulsions. — Pas de consanguinité.

A la conception : misère. Pas d'entente entre le père et la mère. — Conception durant l'ivresse. — Accouchement normal à 8 mois 1/2. — Enfant chétif à la naissance et première dent à un an. — Marche à 14 mois, — Premiers mots à 2 ans. — Echolalie. — Onanisme. — Gâtisme.

A l'entrée, l'enfant ne répondait pas aux questions, ne parlait pas spontanément, se bornait à répéter les mots qu'on prononçait (écholalie); la prononciation était très défectueuse.

Maintenant, il est moins écholalique, répond aux questions au lieu de les répéter, possède un certain nombre de sons de gâteux, il a été rendu propre. En résumé, il y a notables progrès.

Obs. XV. — Idotie complète. — Microcéphalie.

Sommaire. — *Père rhumatisant, quelques excès de boissons. — Grand-père paternel tuberculeux, simple d'esprit. — Arrière grand-mère paternelle en enfance. — Grand-mère paternelle, conduite irrégulière. — Mère un peu nerveuse, gémellarité. — Oncle maternel, convulsions de l'enfance, consanguinité : père et mère de l'enfant cousins germains. — Autre cas de gemellarité : oncles maternels. — Emotion au 6e mois de la grossesse. — Asphyxie légère à la naissance. — Première dent à 4 mois.— Dentition complète à 2 ans.— Balancement.— Tics.— Bave.— Voracité — Attention nulle. — Rougeole à 2 ans 1/2. — Entrée à Bicêtre. — Gâtisme. — Marche et parole nulles. — Teigne.*

Tabour.., (G.). Né le 17 février 1888, est entré dans le service, le 18 mars 1890.

Cet enfant, qui était un idiot complet, qui ne marchait pas (fig. A. B. C.), a appris à marcher, fig. D), est devenu propre (fig. E. et F.). Il a appris à prononcer les mots papa, maman et quelques autres mots plus ou moins grossiers, qu'il entend, dire par d'autres enfants; il est plus éveillé et son attention est plus facile à fixer.



Fig. A. — Tabour...(G.) à 3 ans.



Fig. B. — Tabour... à 5 ans et demi.

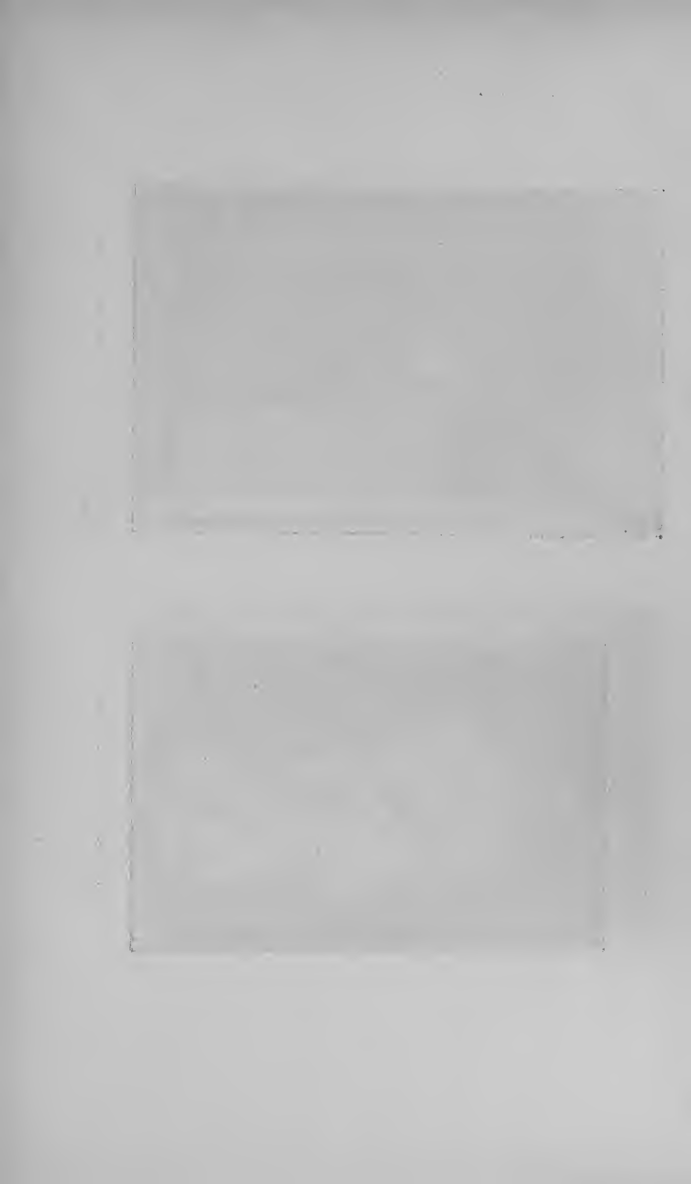




Fig. D. — Tabour...(G.) à 9 ans



Fig. C. — Tabour...(G.) à 8 ans et demi

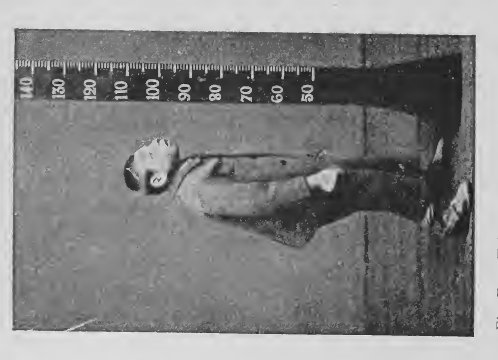


Fig. E. — Tabour... (G.) à 9 ans et demi.



Fig. F. — Tabour...(G. à 10 ans.



Fig. H. — Tabour...(M.) à 5 ans.

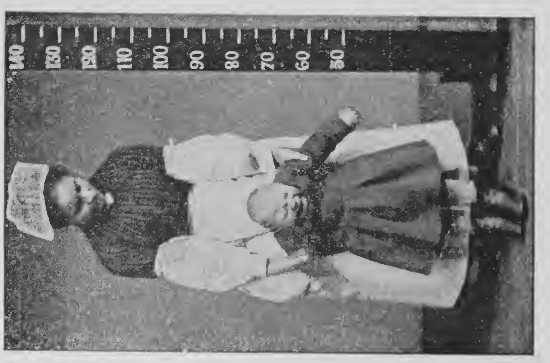


Fig. G. — Tabour...(M.) à 2 ans



Fig. I. — Tabour... (M.) à 5 ans et demi



Fig. J. — Tabour... (M.) à 6 ans 3 mois.



Fig. K. — Tabour...(M.) à 6 ans et demi.

Obs. XVI. — Idiotie complète. — Epilepsie. — Microcéphalie.

Sommaire. — *Voir les renseignements sur ses ascendants au sommaire de* l'Observation XV *relative à son frère.*

Antécédents personnels : *Grossesse et accouchement rien de particulier. — Première dent 5 mois. — Dentition complète à 22 mois. — Epilepsie. — Tics. — Marche, parole, préhension, attention nulles. — Gâtisme. — Teigne.*

Tabour... (Maur), né le 17 février 1888 est entré dans le service le 18 mars 1890.

Cet enfant, lors de l'admission, était incapable de se tenir debout (fig. G et H); on lui a appris à marcher à devenir propre (J et K). En outre cet enfant a appris à prononcer une dizaine de mots, il commence à exécuter un certain nombre de mots.

L'examen des *photographies collectives* représentant, à des époques différentes, les enfants qui font l'objet des observations précédentes et dont une partie seulement est reproduite ci-dessus, ne laisse aucun doute sur l'amélioration qui a été obtenue chez ces enfants qui appartenaient à la catégorie la plus basse, c'est à-dire aux *idiots complets* et que l'on est encore habitué à considérer comme des enfants *incurables.*

Il en ressort aussi que, chez les enfants qui sont atteints à un moindre degré dans leurs facultés intellectuelles, il est possible d'obtenir des résultats beaucoup plus complets, pouvant aboutir, dans les cas les moins accusés, à une guérison complète.

M. Bourneville donne ensuite des renseignements sur les procédés employés pour obtenir les résultats dont il vient de parler, moyens qui composent ce qu'il appelle le *traitement médico-pédagogique :* 1° traitement du gâtisme; 2° éducation de la marche (barres parallèles, chariot, etc.); 3° exercices et massage des jointures; 4° exercices du saut, de la montée et de la descente des escaliers (escabeau); 5° exercices de toilette (lavage de la figure et des mains); 6° exercices de la préhen-

sion (éducation de la main) ; 7° exercices de la petite gymnastique (gymnastique Pichery) et, à ce propos, il fait passer sous les yeux des membres du Congrès, une série de photographies figurant les mouvements exécutés par ses microcéphales (debout, assis, en avant, en arrière, etc.) ; 8° l'éducation des sens (toucher, ouïe, vue, odorat) ; 9° exercices scolaires.) A cette occasion, M. Bourneville fait voir les *cahiers mensuels* de plusieurs de ses malades).

En ce qui concerne, 9° l'*éducation de la parole*, l'auteur entre dans des détails dont nous ne pouvons indiquer que les principaux. *a* Exercices des lèvres, de l'articulation temporo-maxillaire (mastication), de la langue, de l'appareil vocal. C'est ainsi qu'on fait imiter à l'enfant les mouvements du visage : ouvrir et fermer la bouche; rapprocher et écarter les commissures des lèvres, allonger, rentrer, élever et abaisser la langue, la porter à gauche et à droite, etc. Si les lèvres sont molles, lentes dans leurs mouvements, et restent plus souvent écartées, il faut faire tenir entre les lèvres une règle de plus en plus petite, ou faire sucer des bâtons de réglisse de plus en plus petits. Afin d'augmenter la force du souffle qui produira le son et pour apprendre à le guider, faire éteindre par l'enfant une bougie qu'on éloigne de plus en plus; le faire souffler dans un sifflet, lui faire rouler, en soufflant, une bille plus ou moins grosse sur une planchette creusée d'une petite gouttière. Un autre exercice aussi amusant et aussi efficace consiste à faire gonfler une vessie en baudruche qui, en se dégonflant, produit un bruit plus ou moins musical, mais qui plaît généralement à l'enfant. Si l'enfant ne prononce aucun mot, débuter par les syllabes simples en les redoublant (pa, pa-pa, pe, pe-pe, ta, ta-ta) pour en faciliter l'émission. Si l'enfant est assez attentif, assez imitateur, s'il prononce quelques mots, quoique mal, l'habituer à soutenir un son le plus longtemps possible. On peut avec cette catégorie d'enfants commencer par les voyelles. M. Bourneville montre une série de tableaux comprenant des syllabes simples et des syllabes doublées. Le maître doit dire lui-même les noms et les faire répéter par l'élève en l'habituant à montrer, en même temps, l'objet correspondant. Lorsque l'enfant sera arrivé à prononcer un certain nombre de mots, il conviendra de choisir, pour les lui faire répéter, les

noms les plus usuels ; papa, maman, frère, etc., — cuisine, cave, escalier, etc., — couteau, assiette, table, etc., — tête, front, nez, etc., — chapeau, manteau, robe, bas, etc., — bœuf, chat, chien, cheval, vache, etc.

M. Bourneville rappelle en terminant que le *traitement médico-pédagogique*, quand il est appliqué de bonne heure, d'une façon méthodique et appliquée permet d'obtenir, dans la majorité des cas, des résultats tout à fait sérieux ; tandis que, à cet égard, il n'existe plus de doute dans l'esprit des médecins, en Angleterre, aux Etats-Unis, dans les Pays Scandinaves, en Allemagne, etc., il n'en est pas de même en France, où la plupart des médecins connaissent peu les maladies nerveuses chroniques des enfants, ne croient pas encore qu'il est possible de les améliorer et même de les guérir.

Sur la proposition de M. Régis, le Congrès adopte la ville de Bordeaux, comme siège de la prochaine session.

Cette session s'ouvrira entre le 1er et le 8 du mois d'août 1895.

Election du président :

M. Joffroy est élu président du prochain Congrès, au second tour de scrutin, par 16 voix contre 14 à M. Bourneville. M. Régis, est nommé, à l'unanimité des voix secrétaire général.

Le bureau met à l'ordre du jour du prochain Congrès, les questions suivantes :

1° *Pathologie mentale* : Les Psychoses de la vieillesse. — Rapporteur, M. Ritti.

2° *Pathologie nerveuse* : Glande thyroïde et goître exophtalmique. — Rapporteur, M. Brissaud.

3° *Médecine légale* : Les Impulsions épileptiques au point de vue médico-légal ; rapporteur, M. Parant.

La séance est levée et la cinquième session du Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, déclarée close.

EXCURSIONS, BANQUETS, ETC.

Lundi soir, à 8 heures. — Au nom de la Municipalité, M. Lecuellé, maire de Clermont-Ferrand, a offert un vin d'honneur aux Congressistes, dans la salle de la Société Lyrique, place du Poids-de-Ville.

La réception a été des plus cordiales.

Mercredi, 7 août. — VISITE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINTE-MARIE

Cet asile reçoit les aliénés du Puy-de-Dôme, de la Corrèze et d'une partie de la Loire. Il comprend un quartier d'hommes, contenant 150 malades et un grand quartier affecté aux femmes (près de 800). Les hommes, après un séjour plus ou moins prolongé à l'asile de Sainte-Marie, sont envoyées à la Cellette.

L'administration n'a donné aux visiteurs ni la statistique, ni le mouvement de la population, ni le chiffre du personnel, ni le régime, etc.

Les bains des hommes sont faits à neuf, les bains des femmes, plus anciens, sont bien disposés. Les cabinets d'aisance sont aménagés, suivant le système du tout à l'égout. L'asile est en ville et n'a pu se développer librement en surface, à mesure que sa population augmentait. On n'y trouve pas de constructions régulières, comme dans les asiles créés d'un seul jet et le défaut de surface est compensé dans divers quartiers par le nombre des étages.

Les dortoirs qu'on a montrés, étaient bien tenus, étant donné l'état des bâtiments. Pour le coucher des gâteux, on se sert de matelas en fibres de coco qui coûtent très bon marché et qui seraient aussi avantageux que les matelas en laine de tourbe.

Les membres du Congrès ont été bien accueillis et ont fait

la visite sous la direction de l'abbé Saulze, supérieur de la Congrégation, et des docteurs Hospital, médecin en chef, et Fouriaux, médecin adjoint.

L'asile de Clermont a une qualité c'est de ne pas avoir un aspect triste. De tous côtés on y a la vue des montagnes que domine le Puy de-Dôme.

Les jardins, qui mesurent une superficie de trois hectares, sont bien cultivés ; leurs produits suffisent à l'alimentation de l'asile.

Une source minérale gazeuse, délicieuse, a été captée, dans les jardins, il y a 5 ou 6 ans.

Un avis ainsi conçu : « Les personnes bien élevées ne doivent pas cracher sur les parquets de la chapelle » est affiché en divers endroits. Le supérieur l'a fait placer dans le but de rendre les malades soigneux et les empêcher de cracher partout. Il ajoute : « Les malades ont voulu tous être bien élevés et n'ont plus craché sur les parquets.

Après la visite de l'établissement, un déjeuner a été offert aux membres du Congrès par la communauté. Plus de cent convives ont pris place autour de la table, dressée dans une salle de l'établissement décorée avec beaucoup de goût. MM. les abbés Saulze et Ganelon en ont fait les honneurs avec une parfaite courtoisie.

M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme, a présidé le banquet. Parmi les assistants : MM. Herbault, inspecteur d'Académie ; Lecuellé, maire de Clermont ; Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine ; Pellet, doyen de la Faculté des Sciences ; Frèze, procureur de la République ; Bleyme de Châteauvieux, pasteur protestant, vice-président de la commission administrative des hospices ; Goyet, inspecteur de l'assistance publique ; quelques médecins de Clermont et de Royat, etc.

Plusieurs dames, aux élégantes toilettes, assistaient également au banquet, qui a été très remarquablement servi et auquel tous les convives ont fait honneur.

M. le Préfet a ouvert la série des toast : Après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes, il a, en quelques paroles émues, rappellé le triste événement qui a mis la France en deuil, puis levé son verre en l'honneur de M. Casimir-Périer, le digne successeur de M. Carnot.

M. le professeur Pierret, président du Congrès, dans un toast plein d'humour, a exprimé toute sa reconnaissance pour le bon et cordial accueil fait aux congressistes et fait une libation sur l'autel de la Charité.

M. le Supérieur de la Communauté, M. Fouriaux, médecin de l'Asile, M. le Dr Giraud, congressiste, et M. le Dr Hospital, médecin en chef, ont ensuite pris la parole et porté des toasts fort applaudis.

Jeudi, 9 août, — Excursion au Puy-de-Dome.

Il était convenu qu'on partirait le matin, à 8 heures, de la place de Jaude ; à l'heure dite, les breaks, transportant les excursionnistes, se sont mis en route, bien que le ciel fût menaçant et brumeux. Congressistes ou invités étaient au nombre de quarante environ. Après Royat, leurs groupes joyeux s'égrenèrent vite sur la route, les uns prenant par les sentiers de traverse, les autres, moins hardis, suivant tranquillement les voitures, devisant gaiement, mais non sans quelque anxiété, des pronostics et des probabilités du temps.

D'après l'itinéraire fixé par les organisateurs, on devait, à l'aller, prendre par Royat, Fontanas et La Font-de l'Arbre, et revenir à Clermont par la Baraque et le chemin du Gressinier. C'est ce qui a eu lieu.

Vers 11 heures, les excursionnistes atteignaient le col de Ceyssat ; le ciel était chargé de nuages ; c'est à peine si le géant des Dôme avait daigné soulever un coin de son lourd manteau de brouillards pour faire entrevoir aux visiteurs sa masse imposante. Comme pour faire oublier ces noirs présages, des tables abondamment servies étaient dressées attendant les congressistes sous un berceau de verdure. Vite chacun y prend place ; on attaque avec entrain jambons, saucissons, pâtés de viande et pendant que le soleil, entrant enfin en scène, chasse brouillards et nuages, le déjeuner s'achève.

A midi, tout le monde est en route. gravissant en file indienne les lacets conduisant au sommet du Puy-de-Dôme. Le ciel s'est suffisamment éclairci pour permettre aux excursionnistes d'admirer le superbe panorama qui se déroule sous leurs yeux. Le vent souffle avec une certaine violence, mais, sauf les

quelques petits incidents qu'il occasionne et que les congressites accueillent très gaiement, l'ascension se poursuit le plus joyeusement du monde.

A l'arrivée au sommet, ce n'est qu'un cri d'admiration : la majestueuse chaîne des Dômes déroule ses puys légèrement estompés par la brume aux pieds des visiteurs ; devant eux s'étend, mosaïque merveilleuse, avec ses villas et ses villages, la Limagne luxuriante et les monts du Forez frangeant l'horizon de leur sombre silhouette. On aperçoit la cime altière du Sancy, le lac d'Aydat, l'Allier qui moire de son cours les plaines fertiles, etc., etc., et l'on ne se lasse pas de contempler ce spectacle grandiose.

Les ruines du temple de Mercure, la tour de l'Observatoire sont parcourues et visitées en détail par les congressistes qui ne se lassent pas d'admirer, se font tout montrer, tout indiquer.

La descente s'est effectuée, comme la montée, graîment et sans le moindre incident fâcheux. Les excursionnistes ont regagné le col de Ceyssat où, après quelques vues photographiques d'un groupe d'ensemble, prises par un membre du Congrès, ils ont repris place dans les voitures qui les ont conduits à Clermont.

Cette superbe promenade, dont les congressistes garderont un excellent souvenir, avait été réglée dans tous ses détails par M. le Dr Hospital ; aussi est-ce avec enthousiasme que tous, congressistes et visiteurs, avant de quitter le Puy-de-Dôme, ont poussé un hurrah ! en l'honneur du secrétaire général du Congrès.

LE BANQUET

Le soir, un magnifique banquet, offert par les congressistes, a été servi dans les salons de l'hôtel de l'Europe.

Parmi les invités, signalons : M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme ; M. Lecuellé, maire de Clermont ; M. Bleyme, vice-président de la commission des Hospices, etc.

Au desert, M. le professeur Pierret, président, a ouvert la série des toast et des discours.

Mesdames, Messieurs,

Longtemps avant l'ouverture du Congrès, nous avions reçu, des autorités des corps élus et par une sorte d'avance d'hoirie, d'éclatants témoignages de sympathie. Aujourd'hui, est-ce illusion, vanité, folie ambitieuse peut-être, mais il me semble qu'à la sympathie est venue se joindre l'estime.

Ce résultat dont je suis fier, tient, je le crois du moins, à ce que vous avez pu vous convaincre par vous-mêmes que,si nous ne sommes pas de ceux qui boudent à la gaîté,nous avons,dans nos pèlerinages, un autre objectif que les fêtes et les banquets.

Nous sommes des missionnaires médicaux qui, de ville en ville, vont faire, chaque année, en faveur du pauvre et de l'aliéné, de la propagande par le fait. Inspecteurs sans mandat humain, nous voyons toutes les portes s'ouvrir devant nous, car on nous sait désintéressés. Pour nous, les asiles les plus mystérieux font leur toilette, les améliorations longtemps projetées se réalisent, on fait tout volontairement pour ceux qui ne peuvent rien exiger. Le bénéfice est pour les malades. Nous sommes aussi des patriotes, aimant leur pays de tout leur cœur, jaloux de sa grandeur et de sa bonne réputation. Décentralisateurs obstinés, tous, Parisiens et provinciaux, partout où l'on nous invite, nous venons secouer les torpeurs, encourager les activités, provoquer des efforts dont les résultats viennent grossir le trésor scientifique de la patrie.

C'est à ce double titre et au nom de tous les membres du Congrès que je prends la parole pour vous remercier, vous Monsieur le Préfet, digne représentant de la France en Auvergne et vous, Monsieur le Maire qui, de par le vote des élus de Clermont, personnifiez l'Auvergne.... en France.

Puissent les Assemblées dont vous dirigez les travaux, garder bon souvenir des Congressistes de 1894.

Messieurs, je lève mon verre en votre honneur.

M. le préfet du Puy-de-Dôme a porté un toast à M. Casimir-Périer, président de la République et aux chefs d'Etats des médecins étrangers qui ont apporté leur concours au Congrès. « Je leur souhaite, a-t-il dit, bonheur et prospérité ; qu'ils

ignorent les défaites et, s'ils font la lutte, que ce ne soit qu'en faveur des progrès moraux et matériels. »

M. Lecuellé, maire, a remercié les congressistes de leur visite à Clermont et a levé son verre à la santé de nos hôtes étrangers, aux savants.

M. Ladame, de Genève, s'est exprimé en ces termes : « Concitoyen suisse, appartenant à la vieille République amie séculaire de la France, je bois à la France et je répète avec une conviction profonde ces vers du poète :

Aimez sans vous lasser jamais,
Sans perdre l'espérance,
Aimez-la comme je l'aimais
La France !

M. le docteur Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, au nom de ses confrères clermontois, convie les congressistes à accepter un dernier verre d'adieu vendredi soir à Royat. « Nous marquerons, dit-il, d'une boule blanche les jours qui viennent de s'écouler, souhaitant de vous revoir, n'importe où, pourvu que l'intérêt de la France et de la Patrie, soient toujours en avant. »

M. le docteur Deschamps, délégué du conseil général de la Seine, remercie le président et le Congrès d'avoir associé les hommes élus aux hommes de science.

M. Doutrebente lève son verre aux professeurs, aux anciens qui assistaient au congrès de Blois, M. Joffroy, président du prochain Congrès, dans un discours plein d'humour, remercie les organisateurs et les principaux collaborateurs du Congrès actuel.

La série des toasts a été close par M. Marie, qui a remercié les dames d'avoir honoré de leur présence, les réunions extra scientifiques du Congrès.

Vendredi 10 août. — Les médecins de Clermont et Royat ont offert, au théâtre municipal de Royat, aux congressistes, à leur famille, une représentation de gala ainsi composée :

Philémon et Beaucis, 1er acte ;
Les Noces de Jeannette.

Un programme admirablement composé a été distribué à chaque congressiste.

Après le spectacle, les membres du Congrès et « un essaim de jolies femmes », comme le disait un de nos confrères, se sont rendus dans la magnifique salle à manger de l'hôtel Leivant, où un excellent lunch était servi.

M. le Dr Laussédat, au nom des médecins de Royat a porté un toast chaleureux aux congressistes. Après avoir regretté que leurs occupations n'aient pas permis aux médecins de Royat de prendre part aux travaux du Congrès, il a exprimé l'espoir de revoir les hôtes distingués, que l'Auvergne a été heureuse de recevoir.

Après un toast de remerciement du doyen des congressistes, M. le Dr Foliet, M. Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine, a bu encore une fois aux congressistes. « Les médecins clermontois, a-t-il dit, ont été heureux de donner, avant leur départ, une nouvelle marque de sympathie à leurs hôtes. Si un jour un de ces vaillants combattants pour la science, succombait dans la lutte, si ses forces le trahissaient il serait sûr de trouver en Auvergne des eaux exquises, un air pur et surtout de vraies et solides amitiés.

M. le Dr Joffroy a clos la série des toasts en buvant aux Auvergnats et on s'est séparé après avoir vidé une dernière coupe de champagne en l'honneur des hôtes aimables qui vont nous quitter.

La station thermale de Royat et l'Administration des Eaux de Royat avaient eu l'amabilité de donner aux congressistes et à leurs familles, libre accès non seulement à l'établissement thermal, mais encore au Casino.

Séance du 11 août. — Visite a l'Asile de la Cellette

Le samedi 11 août, à 5 heures et demie une trentaine de membres du Congrès se sont rendus à l'asile de la Cellette (Corrèze), consacré aux aliénés du Puy-de-Dôme et où ils sont arrivés vers dix heures. Ils ont été reçus par M. le Dr Longy (d'Eygurande), médecin-adjoint de l'asile, conseiller

général du canton, président de la commission de surveillance de l'asile, M. le Dr Bargy, médecin en chef, l'abbé Saulze, etc. Dans le cours de la visite, M. le sous-préfet d'Ussel et les autres membres de la commission de surveillance sont venus se joindre aux visiteurs.

L'asile d'aliénés de la Cellette est situé dans une petite vallée sur la rive droite du Chavanon ; il fait partie de la commune de Monestier-Merlines, commune d'Eygurande, arrondissement d'Ussel. Il occupe l'ancien emplacement de l'hermitage de la Celle, fondé au XIIe siècle par un bénédictin. A une époque, l'hermitage fut abandonné puis réoccupé par un couvent qui, dès le début « nourrissait opulemment douze religieux ». En 1475, le nom de la Celle fut remplacé par celui de la Cellette.

« Les cordeliers de la Cellette ne se livraient pas seulement à la prédication, ils donnaient aussi leurs soins à douze ou quinze aliénés que leur confiaient les familles, et à des prêtres de mauvaises mœurs. » En 1793 le couvent fut vendu.

En juillet 1830, une nouvelle vente eut lieu ; de cette époque date la fondation de l'asile, qui était administré par des laïques. En 1842, l'établissement fut vendu à la congrégation de Sainte-Marie de l'Assomption. En 1869, un incendie détruisit une partie de l'asile.

L'asile actuel est adossé au flanc de la colline de Laverviallе, On a construit successivement les bâtiments en faisant des entailles dans la montagne, de sorte que ces bâtiments sont surexhaussés les uns par rapport aux autres. Il en résulte aussi que les cours sont insuffisantes et que, par économie, on a été obligé de faire des bâtiments de plusieurs étages, ce qui est toujours très mauvais pour les aliénés.

Les bains, qui viennent d'être installés récemment, sont dans des conditions convenables. Les préaux, les cellules, les cabinets d'aisance, etc., sont, au contraire, dans des conditions tout à fait défectueuses. Les nouveaux dortoirs sont mieux installés, mais ont l'inconvénient de renfermer un trop grand nombre de lits.

La situation de l'asile, dans une vallée pittoresque, n'a que des avantages pour la distraction des malades ; il est regrettable

que les installations en général ne soient pas en harmonie avec cette situation.

Après la visite, un banquet, présidé par M. l'abbé Saulze, a été offert aux membres du Congrès. M. le Dr Longy a porté un toast très applaudi aux membres du Congres et aux progrès de l'Assistance des aliénés.

Dans le cours de ces visites, M. l'abbé Saulze, en nous signalant les améliorations qui avaient été réalisées, notamment à l'asile Sainte-Marie ajoutait que ces améliorations auraient été plus nombreuses si la loi en suspend, sur la révision de la législation des aliénés, ne menaçait pas les asiles privés.

Dimanche 12 août. — Excursion a Dun-sur-Auron

Le dimanche 12 août enfin, une délégation du Congrès s'est rendue à la colonie de Dun-sur-Auron, dont MM. Deschamps et Roussel, du conseil général de la Seine, ont fait les honneurs à M. le Professeur Pierret et aux congressistes qui l'accompagnaient au nombre de douze. Le soir, après la visite de quelques placements familiaux et l'inauguration de la petite infirmerie centrale, un banquet a réuni les congressistes, qu'un train spécial a ramenés sur Bourges et Saincaize.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

TENU A LA ROCHELLE EN AOUT 1893.

BUDGET DES EXCURSIONS

RECETTES	
Cotisations pour le banquet de Chatellaillon..........	670
Pour l'excursion d'Esnandes	69
Pour l'excursion de l'ile de Ré.....................	525
Total...	1.264

DÉPENSES	
1° Banquet de Chatellaillon :	
Voitures..................	90
Banquet	615
Menues dépenses, cigares, etc., etc................	9
2° Excursion d'Esnandes :	
Visite aux Bouchots.......	97
3° Excursion à l'ile de Ré :	
Vapeur....................	200
Déjeuner...................	138
Voitures..................	76
Menues dépenses, cigares, etc., etc.................	12
Total...	1.237

Recettes............................	1.264
Dépenses...........................	1.237
Excédent de recettes......	27

BUDGET DU CONGRÈS PROPREMENT DIT

RECETTES

REÇUES

Report de l'excédent des recettes des excursions	27 »
Cotisations de 96 membres	1.920 »
Total...	1.947 »

A RECEVOIR

Contribution de M. Ballet pour planches	100 »
Produit de la vente des volumes du Congrès de Blois	319 20
Cotisation des asiles	336 »
Total...	755 20

RÉCAPITULATION DES RECETTES

Sommes reçues	1.947 »
A recevoir	755 20
Total...	2.702 20

DÉPENSES

PAYÉES

Impression des rapports (payée à M. Martin).	1.202 50
Clichés (payés à M. Durand	342 20
Total...	1.544 70

A PAYER

Impression des communications	1.157 50
Total...	2.702.20

RÉCAPITULATION GÉNÉRALE

Recettes	2.702 20
Dépenses	2.702 20

Les sommes dépensées jusqu'a ce jour, s'appliquent intégralement à l'impression proprement dite des rapports et des communications faites au Congrès.

Le volume sera adressé à nos collègues dans le courant du mois d'août. Il comprendra près de 650 pages d'impression.

L'impression totale de toutes les communications exigera un supplément de dépense d'environ 400 fr. qui sera parfait à titre de contribution spéciale par l'Administration de l'asile de Lafond.

Certifié exact par nous receveur-économe de l'asile de Lafond, trésorier du Congrès.

La Rochelle, le 1er août 1894. SALOMON.

Vu et approuvé :

Le secrétaire général, Dr MABILLE.

TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Première Question

Rapports de l'Hystérie et de la Folie

DEUXIÈME QUESTION

Des Névrites Périphériques

SÉANCE DU MARDI 7 AOUT.

TROISIÈME QUESTION

De l'Assistance et de la Législation relative aux Alcooliques

SÉANCE DU 7 AOUT (SOIR).

Suite de la discussion sur le rapport
Asisstance et Législation relatives aux Alcooliques

SÉANCE DU 8 AOUT (SOIR).

COMMUNICATIONS DIVERSES

SÉANCE DU 10 AOUT (MATIN).

SÉANCE DU 10 AOUT

57,705. — Imp A. Waltener. — P. Legendre et Cie, Suc. — Lyon.